



**HAL**  
open science

# **Healthcare professionals' perceptions of what is expected in a personalised health plan a personalised health plan: A qualitative study of healthcare professionals health professionals working in coordinated care structures structures in the Île-de-France region.**

Manon Delahousse, Rachel Collignon-Portes, Frederic Chevallier

## **► To cite this version:**

Manon Delahousse, Rachel Collignon-Portes, Frederic Chevallier. Healthcare professionals' perceptions of what is expected in a personalised health plan a personalised health plan: A qualitative study of healthcare professionals health professionals working in coordinated care structures structures in the Île-de-France region.. Human health and pathology. Université paris Cité, 2025. English. ⟨NNT : ⟩. ⟨tel-05064936⟩

**HAL Id: tel-05064936**

**<https://hal.science/tel-05064936v1>**

Submitted on 13 May 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

**UNIVERSITÉ PARIS CITÉ**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

**Année 2025**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 06/05/2025

Par **Manon DELAHOUSSE**

Représentations des acteurs de santé sur les éléments attendus dans un plan personnalisé de santé : Une étude qualitative auprès de professionnels de santé exerçant dans des structures de soins coordonnés en Île-de-France.

Dirigée par le Docteur Frédéric CHEVALLIER  
Co-dirigée par la Docteure Rachel Collignon-Portes

JURY

Mme la Professeure Isabelle AUBIN-AUGER

M. le Docteur Frédéric CHEVALLIER

Mme la Docteure Rachel COLLIGNON-PORTES

Mme la Docteure Juliette PINOT

Mme la Docteur Charlotte Lhôtellier

Présidente

Directeur

Membre du jury

Membre du jury

Membre du jury

## **AVERTISSEMENT**

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.1

## REMERCIEMENTS

---

**À Mme la Professeure Isabelle Aubin-Auger, *Professeur des Universités***

Je vous remercie sincèrement et vivement d'avoir accepté de présider ce jury de thèse et vous suis reconnaissante pour le temps que vous avez consacré à l'évaluation de mon travail, ainsi que pour votre expertise et votre regard attentif sur ce projet.

**À Monsieur le Docteur Frédéric Chevallier,**

Je vous exprime toute ma gratitude pour avoir accepté de diriger cette thèse et vous remercie d'avoir partagé avec Marie et moi même, vos précieuses connaissances, sans lesquelles ce travail n'aurait pu voir le jour.

**À Madame la Docteure Rachel Collignon-Portes,**

Je vous remercie sincèrement d'avoir co-encadré cette thèse et de nous avoir accompagnée avec bienveillance et expertise, tout au long de cette aventure.

**À Madame la Docteure Juliette Pinot,**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de nous apporter également vos connaissances et votre expérience.

**À Madame la Docteure Charlotte Lhôtellier,**

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt que tu portes à notre travail de recherche.

**À tous les participants des focus groupes ,**

Je vous remercie d'avoir accepté de partager vos expériences et expertises respectives.

**Aux services hospitaliers m'ayant accueillie en stage, Service des Urgences de Lariboisière, Service de Pédiatrie Générale de l'Hôpital Necker, Service de Gériatrie de l'hôpital Bretonneau et Service de Gynécologie-Obstétrique du CH Rives de Seine,**

Merci d'avoir enrichi ma formation avec bienveillance tout au long de mon internat.

**Au Docteur Christophe Boyer , Chef de service du SAMU-SMUR à Amiens,**

Merci d'avoir cru en moi de manière indéfectible. Tu es un modèle d'inspiration sur le plan humain pour ton professionnalisme, ta générosité, ta bienveillance et ton écoute.

**À ma co-équipière de thèse et amie Marie,**

Merci pour ta collaboration tout au long de ce travail de recherche. Merci pour tous ces moments de partage, pour les galères aussi, sans jamais baisser les bras.

Et surtout, merci pour ton amitié.

**À mes consœurs, Anne, Leslie et Emma,**

Merci pour ces moments si précieux partagés en salle de garde de gynécologie, et pour tous ceux à venir. Vous êtes mes consœurs et amies pour la vie.

**À mon amie Nora (qui restera mon alliée de toujours dans mon parcours étudiant),**

Merci d'avoir été si présente. Merci pour les moments heureux partagés.

**À mes amis pour la vie, consœurs et confrères, Inès, Marine, Julia, Hélène, Arthur, Lucien, Louis...**

Merci d'avoir grandi à mes côtés pendant toutes ces années d'études. Merci pour les moments passés ensemble; chaque instant partagé avec vous a été une parenthèse de légèreté ! Mais surtout , merci pour votre amitié.

**À mes très chères amies d'enfance Nina et Julie ,**

Merci pour votre amitié et votre soutien sans faille depuis tant d'années.

**À ma famille si précieuse,**

**À mon père,**

Je te remercie pour la passion et la ferveur mises à m'encourager au quotidien et sans lesquelles je n'aurais pu aller au bout de ce long parcours. Ta détermination, ton esprit combatif et l'énergie que tu as déployée ont été essentiels. J'ai eu la chance d'être guidée par des valeurs humaines précieuses. Merci Papa.

**À ma mère,**

Merci pour ton soutien, ton courage et ton amour inconditionnel. Merci Maman.

**À ma soeur Romane et mes frères Clément et Hippolyte,**

Merci pour vos conseils et votre amour. Nous partageons les mêmes valeurs d'humanité. L'union fait la force.

**À Mamie Suzanne,**

Je la remercie de tout ce qu'elle m'a apporté. Tant de souvenirs sont encore bien présents. Sa force, son courage et sa joie de vivre continueront de m'inspirer. Tu dois être heureuse là haut de la tradition médicale que je perpétue modestement dans la famille.

**À Papily et Mamily,**

Merci pour votre soutien précieux, pour m'avoir accueillie et aidée avant chaque concours. Merci pour les petits goûters réconfortants qui rendaient les révisions plus douces.

**À Papi et Mamie,**

Merci d'avoir été si présents. Merci de rendre chaque instant si précieux.

**À Angèle,**

Merci pour ta présence et tes conseils toujours bienveillants.

**À Alexis, mon alter ego,**

Merci de m'accompagner chaque jour, d'illuminer mon quotidien et de m'aider à affronter la vie avec force et sérénité. Merci pour ton amour, pour tout ce que tu es, simplement.

**À tous ceux que je n'ai pas cités, Merci !**

**Au Docteur Bernard Pavy, Chirurgien exceptionnel,**

Votre générosité, votre humanité et votre dévouement seront toujours une très grande source d'inspiration.

Toute une vie dédiée à soigner les enfants, et même au-delà de nos frontières.

**Le Baroudeur de l'Espoir.**

**Merci infiniment.**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des Maitres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

## RÉSUMÉ

---

### **Représentations des acteurs de santé sur les éléments attendus dans un plan personnalisé de santé : Une étude qualitative auprès de professionnels de santé exerçant dans des structures de soins coordonnés en Île-de-France.**

La multimorbidité est un enjeu majeur de santé publique et progresse avec le vieillissement de la population. Cette complexité des soins impose de repenser les pratiques pour une prise en charge mieux coordonnée. Pour y répondre, la HAS a introduit en 2019 le PPCS, mais son intégration en pratique reste limitée. L'objectif principal de cette étude était d'explorer, en situation réelle, la pertinence des éléments constitutifs du plan personnalisé de santé pour les patients complexes.

L'enquête repose sur une étude qualitative par focus groupes auprès de 25 professionnels de santé exerçant en structures de soins coordonnés en Île-de-France. L'échantillonnage était intentionnel, avec un effet boule de neige. Les échanges semi-structurés, enregistrés et retranscrits, ont été analysés par triangulation des données.

L'analyse des focus groupes a montré que, dans l'ensemble, les professionnels de santé considéraient les éléments constitutifs du PPCS comme pertinents pour structurer la prise en charge des patients complexes. Ils ont souligné son intérêt pour améliorer la continuité des soins, renforcer la collaboration interdisciplinaire et favoriser une approche centrée sur le patient. Toutefois, le plan était souvent perçu comme trop exhaustif et complexe, nécessitant des ajustements pour une meilleure intégration dans la pratique quotidienne.

Cette étude a mis en évidence les défis structurels de la mise en œuvre du PPCS et la nécessité d'un outil plus flexible, mieux adapté aux soins primaires. Trois leviers d'amélioration ont émergé : un PPCS plus souple et en phase avec les besoins du terrain, un renforcement de la coordination interprofessionnelle grâce à des réunions plus régulières et mieux organisées, ainsi qu'un soutien administratif accru via la création d'un poste dédié à la coordination des soins. Malgré ces obstacles, le PPCS est resté un outil prometteur pour optimiser la prise en charge des patients complexes, à condition d'être mieux intégré aux pratiques professionnelles.

**Spécialité :** [DES de médecine générale, Thèse, Dissertation universitaire](#)

**Mots clés :** [Patient Care Team \[MeSH\]](#), [Patient-Centered Care \[MeSH\]](#), [Patient Care planning \[MeSH\]](#), [Primary Health Care \[MeSH\]](#), [Multimorbidity](#)

## ABSTRACT

---

### **Healthcare stakeholders' perspectives on the expected elements of a personalized health plan: A qualitative study involving healthcare professionals working in coordinated care structures in the Île-de-France region.**

Multimorbidity is a major public health challenge, growing alongside the aging population. This complexity in patient care necessitates a rethinking of clinical practices to ensure better coordination. To address this issue, the French National Authority for Health (HAS) introduced the Personalized Health Coordination Plan (PPCS) in 2019. However, its integration into clinical practice remains limited. The primary objective of this study was to assess, under real-life conditions, the relevance of the key components of this plan for managing complex patients.

This research is based on a qualitative study using focus groups with 25 healthcare professionals working in coordinated care structures in the Île-de-France region. Participants were selected through purposive sampling using a snowball approach. Semi-structured interviews were recorded, transcribed, and analyzed using data triangulation.

The focus group analysis revealed that, overall, healthcare professionals found the core components of the PPCS relevant for structuring the management of complex patients. They emphasized its benefits in enhancing care continuity, strengthening interdisciplinary collaboration, and fostering a patient-centered approach. However, the plan was often perceived as overly comprehensive and complex, requiring adaptations for better integration into daily practice.

This study underscored the structural challenges associated with implementing the PPCS and highlighted the need for a more flexible tool better suited to primary care. Three key areas for improvement emerged: developing a more adaptable PPCS aligned with real-world needs, enhancing interprofessional coordination through more frequent and better-organized meetings, and increasing administrative support by introducing a dedicated care coordination role. Despite these challenges, the PPCS remains a promising tool for optimizing the management of complex patients, provided it is more effectively integrated into professional practice.

**Publication type:** [General practice studies diploma](#), [Academic dissertation](#), [Thesis](#)

**Keywords:** [Patient Care Team \[MeSH\]](#), [Patient-Centered Care \[MeSH\]](#), [Patient Care planning \[MeSH\]](#), [Primary Health Care \[MeSH\]](#), [Multimorbidity](#)

## LISTE DES ABREVIATIONS

---

- APHP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
- APA : Activité physique et adaptée
- ARS : Agence régionale de santé
- CDS : Centre de Santé
- CER : Comité d'éthique de la recherche
- CMP : Centre médico-psychologique
- CMS : Centre municipal de santé
- CNGE : Collège national des généralistes enseignants
- CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
- COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research
- CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
- DAC : Dispositif d'appui à la coordination
- DES : Diplôme d'études spécialisées
- DMP : Dossier médical partagé
- DPO : Délégué à la protection des données
- EGPRN : European General Practitioners Research Network
- FG : Focus groups
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IDE : Infirmière diplômée d'État
- IDEL : Infirmière libérale
- IPA : Infirmière en pratique avancée
- IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
- MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées
- MG : Médecin généraliste
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
- PDF : Portable Document Format
- PPCS : Plan personnalisé de coordination en santé
- PPS : Plan personnalisé de santé
- PPRE : Programme personnalisé de réussite éducative
- PTA : Plateformes Territoriales d'Appui
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- RESAD : Réunions d'évaluation des situations d'adultes en difficultés
- RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données
- SFMG : Société française de médecine générale

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE.....</b>	<b>8</b>
<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>9</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>11</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
Définitions.....	14
Contexte.....	15
Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS).....	17
Objectif de l’étude.....	18
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>20</b>
Choix de la méthode.....	20
Focus groupes.....	20
Recrutement des participants.....	20
Elaboration du guide d’entretien.....	22
Recueil des caractéristiques des participants.....	22
Déroulement des séances.....	23
Retranscription et analyse des données.....	24
Éthique.....	25
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>26</b>
Caractéristiques de la population étudiée.....	26
Analyse des focus groups.....	30
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>54</b>
Résultats principaux.....	54
Comparaison avec la littérature existante.....	57
Forces de l’étude.....	58
Limites de l’étude.....	59
Implications pratiques.....	60
Perspectives.....	61
Reflexion.....	63
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>64</b>
<b>TABLE DES FIGURES.....</b>	<b>70</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX.....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>72</b>
Annexe 1 - Note d’information relative à la participation à une étude.....	72

Annexe 2 - Formulaire de consentement de participation à la recherche.....	75
Annexe 3 - Formulaire de consentement à l'enregistrement audio d'un entretien.....	76
Annexe 4 - Guide d'entretien.....	77
Annexe 5 - Questionnaire quantitatif.....	78
Annexe 6 - Extraits du modèle PPCS (HAS) 2019.....	79
Annexe 7 - Grille Coreq.....	82
Annexe 9 - Retranscription des entretiens.....	85

# INTRODUCTION

---

## Définitions

La multimorbidité est un concept de santé publique majeur, défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'association d'au moins deux conditions médicales chroniques chez un même individu (1,2). Ce concept englobe la co-occurrence de plusieurs éléments de santé chroniques, tels que des maladies, des facteurs de risque, des symptômes ou des syndromes, ainsi que des éléments liés à la vie quotidienne, chez une seule personne durant une même période (2,4).

Dans le domaine des soins primaires, l'European General Practitioners Research Network (EGPRN) a publié une définition exhaustive de la multimorbidité, validée dans dix langues européennes. Selon cette définition, la multimorbidité désigne toute combinaison d'une maladie chronique avec au moins une autre maladie (qu'elle soit aiguë ou chronique), un facteur biopsychosocial (associé ou non), ou un facteur de risque somatique (3).

Ce concept est à distinguer de la comorbidité, qui désigne selon le Larousse l'association de deux maladies psychiques ou physiques sans lien de causalité établi (2,5).

La multimorbidité repose ainsi sur une approche plus systémique, qui met en avant la nécessité de considérer l'individu dans sa globalité, en tenant compte à la fois de ses caractéristiques médicales et de son contexte de vie, afin d'adapter les soins à ses besoins spécifiques (2).

La multimorbidité s'inscrit souvent dans des situations complexes, où s'entremêlent divers facteurs médicaux, sociaux et environnementaux. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une situation complexe (SC) se caractérise par la présence simultanée de multiples éléments médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et économiques, susceptibles de perturber ou remettre en cause la prise en charge du patient, voire d'aggraver son état de santé. Ces situations sont particulièrement à risque de ruptures de parcours,

d'hospitalisations non programmées et nécessitent une approche coordonnée et individualisée. (6)

## Contexte

L'allongement de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques multiples. La multimorbidité est devenue en parallèle du vieillissement de la population un enjeu de santé publique (4). En France, la prévalence de la multimorbidité est estimée à environ 30 % sur un an, 39 % sur la vie entière, (4,8,14) et concernerait plus de 50 % des consultations en médecine générale (2). Cette complexité des soins exige une réorganisation des pratiques de santé afin d'assurer une prise en charge coordonnée et centrée sur le patient (10, 16, 20).

Historiquement, le système de santé français a été conçu pour répondre aux pathologies aiguës, avec une séparation marquée entre les soins hospitaliers et ambulatoires. Or, avec l'augmentation des maladies chroniques et des situations complexes, cette organisation cloisonnée s'avère de moins en moins adaptée. De plus, le recours fréquent à l'hospitalisation, parfois évitable, entraîne un coût élevé pour le système de santé(17).

Face à ces défis, différentes initiatives de coordination ont vu le jour, visant à structurer et personnaliser l'accompagnement des patients complexes. Parmi ces initiatives, la Société Française de Médecine Générale (SFMG) a développé des fiches pratiques destinées aux professionnels de santé. Elles insistent sur l'importance d'une approche individualisée, intégrant les dimensions médicales, socio-économiques, familiales et environnementales de chaque patient. L'une des recommandations majeures est l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS), conçu comme un outil central de la coordination des soins (19).

Depuis les années 2000, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour améliorer la coordination des soins et aller vers des soins intégrés, tels que les réseaux de soins, les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et le programme PAERPA (Parcours Santé des Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie).

En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) a donc introduit le Plan Personnalisé de Santé (PPS) dans le cadre du programme PAERPA pour améliorer la coordination des soins des personnes âgées à risque de perte d'autonomie (21). Toutefois, une évaluation menée six mois après son déploiement a révélé plusieurs difficultés d'application, telles que des résistances idéologiques, des idées reçues sur sa finalité et des défis de communication avec les patients et leurs familles. Des contraintes organisationnelles, un manque de suivi, des divergences de motivation entre professionnels, ainsi que des limites liées aux outils informatiques et à la formation ont également été signalés. Malgré ces obstacles, l'évaluation a tout de même confirmé l'intérêt du PPS pour renforcer la coordination des soins et encourager les pratiques collaboratives (22).

En complément, une étude menée en Bourgogne dans le cadre de l'expérimentation PAERPA a également mis en évidence des freins spécifiques : manque d'information initiale, complexité perçue du PPS, charge administrative lourde et absence d'interopérabilité des outils numériques avec les logiciels des professionnels de santé. Malgré cela, certains acteurs, notamment ceux exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles, ont réussi à s'approprier l'outil en adaptant leur organisation. L'implication active des équipes de soins primaires apparaît comme un facteur clé de réussite, bien que des efforts restent nécessaires pour harmoniser son déploiement et renforcer l'accompagnement des professionnels (24).

En 2019, l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) a évalué l'impact du dispositif PAERPA et a conclu que le PPS n'avait eu aucun effet significatif sur les hospitalisations des personnes âgées jusqu'en 2017, bien qu'un effet modeste mais significatif ait été observé pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse et les passages aux urgences. Ces résultats s'expliquent en partie par la faible mobilisation des professionnels de santé autour du dispositif. Les effets positifs constatés proviennent principalement de certains territoires où le contexte local a favorisé une meilleure adhésion. Par ailleurs, bien que les PPS aient permis d'améliorer la prise en charge médico-sociale à domicile, avec une hausse des dépenses de soins infirmiers et une baisse des dépenses de médecine générale et de pharmacie, ils n'ont pas eu d'impact immédiat sur la polymédication ni sur le recours à l'hôpital (23).

Le PPS, tel qu'il avait été conçu, restait centré sur les personnes âgées et son impact sur l'organisation des soins était limité. Ainsi, malgré ces avancées, ces dispositifs sont restés fragmentés et insuffisamment intégrés dans la pratique des professionnels de santé, soulevant la nécessité d'un nouvel outil plus adapté aux besoins du terrain.

Face à ces limites et pour élargir son champ d'application, la HAS a proposé en 2019 un nouveau modèle, le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), destiné à une population plus large, indépendamment de l'âge, et accessible à l'ensemble des acteurs de la coordination (20,21).

### **Le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS)**

En 2019, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré le PPCS à la demande du ministère de la Santé, dans le but d'établir un socle commun pour les différents plans et programmes personnalisés existants. Cette initiative s'appuie sur l'analyse des outils de coordination déjà en place et sur l'expérience acquise avec le PPS dans le cadre du dispositif PAERPA (20).

Le PPCS remplace ainsi le PPS, en élargissant son champ d'application à toutes les populations concernées, indépendamment de l'âge, et en l'ouvrant à l'ensemble des acteurs de la coordination sanitaire, médico-sociale et sociale.

Conçu comme un outil générique de coordination, le PPCS est destiné à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge de patients complexes : professionnels de santé de proximité, équipes de soins primaires, Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), etc. Il vise à structurer et personnaliser la prise en charge, tout en favorisant une culture de coopération interdisciplinaire en rendant visibles les bonnes pratiques collectives. Il s'adresse à tout usager du système de santé en situation complexe (maladies chroniques, personnes âgées, personnes en situation de handicap, précarité, etc.) (20,21).

Son objectif principal est de faciliter la collaboration entre les professionnels de santé (coordination), en intégrant les préférences du patient et de ses proches. Il permet d'élaborer un suivi individualisé, accordant une égale importance aux dimensions médicale, psychologique, sociale et environnementale (20,21).

## Objectif de l'étude

À ce jour, peu de données dans la littérature abordent les répercussions du Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS), introduit en 2019. Conçu par la Haute Autorité de Santé (HAS), cet outil visait à améliorer la coordination des parcours de santé complexes en facilitant la communication entre les professionnels et en personnalisant la prise en charge des patients (20). Il semblait ainsi s'aligner avec les recommandations de la Société Française de Médecine Générale (SFMG), qui prônait une approche globale et structurée des soins (19).

Cependant, malgré ces ambitions, le PPCS restait peu utilisé par les professionnels de santé. Face à ce constat, nous avons émis l'hypothèse que la conception du PPCS, basée sur les recommandations de la HAS, présentait des limites dans le contexte des soins primaires. Son caractère descriptif ne semblait pas en faire un outil véritablement opérationnel, rendant son appropriation difficile pour les praticiens de terrain.

Une étude menée en Savoie auprès de médecins généralistes avait déjà mis en évidence cette problématique. Elle montrait que le PPCS était encore méconnu de nombreux professionnels de santé et que, pour ceux qui le connaissaient, son utilisation était perçue comme chronophage et entraînait une suradministration (28). Toutefois, cette étude se limitait aux médecins généralistes et ne prenait pas en compte d'autres professionnels impliqués dans la coordination des soins.

C'est dans cette optique que notre travail s'est concentré sur une autre population : les professionnels exerçant dans des structures de soins coordonnés, qui participent aux réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP). Ces réunions, réunissant professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux, sont un moment clé de la prise en charge des patients complexes et constituent un contexte privilégié pour évaluer l'utilité du PPCS en pratique. En nous focalisant sur ces acteurs, nous avons cherché à mieux comprendre les freins à l'utilisation du PPCS et à identifier des pistes d'amélioration adaptées aux réalités du terrain.

Ce travail s'inscrivait dans une démarche collective, en lien avec celui de ma co-interne, Marie-Snerline Demosthenes, dont la thèse portait sur l'identification du format optimal du PPCS afin d'en améliorer l'ergonomie et l'adéquation aux besoins des professionnels de santé.

L'objectif de cette étude était donc, en complément, d'explorer, en conditions réelles, la pertinence des éléments constitutifs du PPCS pour la prise en charge des patients complexes, en recueillant les perceptions et retours d'expérience d'un échantillon de professionnels de santé exerçant dans des structures de soins coordonnés.

# MATERIEL ET METHODE

---

## Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative reposant sur la méthode des focus groupes, choisie pour son approche dynamique favorisant un recueil d'informations riche et contextuel (36, 38).

Nous avons recueilli les témoignages de professionnels de santé aux profils variés, intervenant régulièrement auprès des patients complexes, et ayant de l'expérience dans l'exercice de soins coordonnés, considérant qu'il est essentiel d'intégrer l'opinion des acteurs de terrain.

Cette méthode a été retenue pour analyser des perceptions complexes, évaluer les expériences et les besoins collectifs, et explorer des questions spécifiques difficilement quantifiables (36, 38).

La grille de référence des études qualitatives COREQ-32 a été utilisée pour ce travail. (39) (cf. annexe n°7).

## Focus groupes

### Recrutement des participants

- Critères de sélection :

La population cible regroupait des professionnels de santé exerçant en Île-de-France, au sein ou en collaboration avec une structure de soins coordonnés.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Travailler au sein ou en collaboration avec une structure de soins coordonnés
- Être volontaire pour participer aux focus groupes

Les critères d'exclusion incluait :

- Le refus de participer à l'étude

Ces critères ont été établis afin de garantir des échanges pertinents, en réunissant des professionnels disposant d'une expérience concrète des soins coordonnés. Ils visaient également à préserver la dynamique des discussions en s'assurant de la motivation des participants.

- Recrutement :

L'échantillonnage théorique a été réalisé auprès de l'entourage professionnel des directeurs de thèse, en utilisant la méthode de l'échantillonnage par effet boule de neige. Afin de limiter un biais de sélection lié à un recrutement trop homogène, nous avons veillé à inclure des participants exerçant dans des structures et contextes variés (CPTS, MSP, hôpital, libéral). Cette diversité a permis d'enrichir les échanges et d'assurer une représentativité plus large des réalités de terrain.

Grâce à l'intermédiaire de nos directeurs de thèse, tous deux membres du bureau de la SFMG, nous avons obtenu les contacts de trois structures de soins coordonnés, dont deux ont répondu favorablement. Nous avons ainsi été accueillis dans ces deux centres, où nous avons organisé un total de trois groupes de discussion.

Le recrutement s'est effectué par e-mail, avec le soutien des coordinateurs de chaque centre.

- Taille et nombre des focus groups :

Le nombre de participants optimal était de 6 à 8 personnes, avec un minimum de 4 pour garantir une dynamique de groupe. Lors du recrutement, nous avons fixé un seuil minimal de 6 réponses favorables avant d'arrêter le processus.

La saturation des données a été évaluée en temps réel après chaque focus group, en analysant les verbatims et en identifiant l'émergence de nouvelles thématiques. Nous avons considéré la saturation atteinte lorsque :

- aucune nouvelle idée majeure n'émergeait des discussions (35),
- les catégories thématiques se répétaient dans plusieurs groupes,
- les participants confirmaient ou reformulaient des concepts déjà évoqués.

Après trois focus groupes, ces critères étant remplis, nous avons décidé d'arrêter le recueil des données.

### **Elaboration du guide d'entretien**

Pour structurer le déroulement des focus groupes, nous avons élaboré un guide d'entretien qualitatif, commun à nos deux thèses, en adéquation avec les objectifs de recherche.

Sa conception a été réalisée en amont des FG sous contrôle des directeurs de thèse.

Le guide comprenait 8 questions (cf. annexe n°4), réparties de manière équilibrée entre les objectifs des deux thèses, soit 4 questions par thèse.

Les questions ont été conçues pour être ouvertes, neutres et faciles à comprendre (36).

L'ordre des questions répondait à une logique progressive, et était projeté une à une au tableau à l'aide du logiciel Powerpoint®.

Un temps équitable d'environ 10 minutes était prévu pour chaque question afin d'aborder toutes les questions dans le temps imparti.

### **Recueil des caractéristiques des participants**

Un questionnaire quantitatif (cf. annexe n°5) a été élaboré afin de recueillir de manière anonyme les données sociodémographiques des participants, telles que leur activité professionnelle, leur sexe, leur âge, ainsi que leur mode et lieu d'exercice.

La motivation à participer aux focus groups (FG) ainsi que l'expérience des participants concernant les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) y ont également été explorées.

Chaque participant l'a complété à la fin de la séance.

## **Déroulement des séances**

Une semaine avant le début des focus groups, les participants avaient reçu par email les recommandations actuelles sur le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS) publiées par la HAS en 2019. Cela leur avait permis de prendre connaissance des recommandations, s'ils ne les connaissaient pas, avant de participer aux discussions des focus groups.

Les réunions se déroulaient au sein des CPTS dans les salles dédiées aux RCP.

Afin de créer une atmosphère conviviale, les participants étaient installés en cercle autour de la table de réunion et des collations (boissons chaudes et petits biscuits) étaient mises à disposition au centre de la table. Ces dispositions avaient pour but de créer un environnement propice à la réflexion et à la prise de parole libre, afin de favoriser l'émergence d'idées spontanées (36).

À chaque place, autour de la table étaient disposés :

- Un stylo
- Le questionnaire quantitatif
- 2 exemplaires imprimés du PCCS 2019 (HAS) (cf extraits PPCS en annexe n° 6)

Au début de chaque séance, une introduction d'environ quinze minutes était réalisée à l'aide d'un diaporama. Ce support visuel reprenait les notions clés nécessaires à la compréhension de notre recherche. Chaque Focus groupe était co-animé par ma co-interne et moi-même, alternant les rôles de modérateur et d'observateur.

Le modérateur animait la discussion et facilitait l'émergence des différents points de vue. En début de séance, il se présentait, introduisait l'observateur et remerciait les participants avant de préciser :

- La présentation de la thèse, du principe du FG et de son objectif.
- L'anonymat des informations recueillies.

- La présentation du questionnaire quantitatif et de la feuille d'information.

Il questionnait ensuite les participants en se basant sur le guide d'entretien (cf annexe n° 4).

L'observateur assistait le modérateur, notait les réactions non verbales et veillait au bon déroulement des enregistrements.

Les discussions étaient enregistrées via un enregistreur numérique placé au centre de la table. Par précaution, un smartphone proche du modérateur enregistrait simultanément.

Chaque séance durait environ 2 heures, afin de ne pas épuiser les participants. En fin de séance, un temps d'échange libre était prévu pour permettre aux participants d'ajouter d'éventuelles réflexions complémentaires. Les séances ont eu lieu entre 13h et 15h afin de respecter au mieux les contraintes professionnelles de chacun des participants.

### **Retranscription et analyse des données**

Les échanges ont été retranscrits mot à mot, sans reformulation, en prenant compte des éléments non verbaux (rires, hésitations, soupirs, silences...), via un logiciel de traitement de texte (Microsoft Word<sup>®</sup>). Cette retranscription minutieuse permettait de préserver la richesse des interactions offrant ainsi une base solide pour une analyse thématique précise (36).

La retranscription a été réalisée dans la semaine suivant les FG. L'anonymisation des participants a été réalisée en utilisant l'abréviation P pour participant suivie d'un nombre (P1, P2, P3, etc.), conformément aux exigences éthiques de la recherche en santé.

L'ensemble des verbatims est disponible sur lien HAL (cf annexe n°9).

L'analyse thématique a suivi une démarche inductive dans l'identification initiale des unités de sens (codage ouvert). Un codage axial a ensuite permis d'établir des liens entre les catégories et d'organiser les résultats en thèmes et sous-thèmes. Chaque thème était illustré par un ou plusieurs extraits de la retranscription. La triangulation des analystes (auteur, co-interne puis directeurs de thèse) a renforcé la fiabilité des résultats.

## Éthique

Les participants avaient reçu, en amont des focus groups, une fiche d'information détaillée expliquant le déroulement des discussions, l'enregistrement audio, la retranscription et l'anonymisation des données.

Avant de participer, chaque personne devait signer :

- La note d'information relative à l'étude (cf. annexe n°1),
- Les formulaires de consentement à la participation et à l'enregistrement audio (cf. annexes n°2 et 3).

Les participants étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment, sans justification.

Une demande de validation de notre projet de recherche avait été soumise au DPO et au comité d'éthique pour la recherche (CER) du CNGE avant le début des entretiens (cf annexe n° 8). Toutefois, le CER n'a pas statué sur ce projet, car l'étude n'incluait pas de patients et portait uniquement sur des professionnels de santé, conformément à la loi Jardé (loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine).

Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré.

# RÉSULTATS

---

## Caractéristiques de la population étudiée

Les focus groupes ont été menés entre juillet et novembre 2024.

- Le premier a eu lieu le 9 juillet 2024, de 13h30 à 15h30, à la CPTS de Magny-en-Vexin, avec 6 participants.
- Le second s'est tenu le 11 juillet 2024, aux mêmes horaires et au même endroit, réunissant 7 nouveaux participants.
- Le troisième s'est déroulé le 28 novembre 2024, de 13h30 à 15h30, au CMS de La Courneuve, avec 12 participants.

Au total, trois focus groupes ont été réalisés, rassemblant 25 participants. Après ces trois sessions, aucun nouveau thème n'a émergé, indiquant une saturation des données, ce qui a rendu inutile l'organisation de discussions supplémentaires.

L'âge moyen des participants était d'environ 45 ans. La répartition hommes-femmes montrait une nette prédominance féminine, avec environ 80 % de femmes. Par ailleurs, la proportion de personnel médical et paramédical était globalement équilibrée.

Enfin, la durée moyenne des entretiens était d'environ 1 heure et 30 minutes.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

Participants	Profession	Age	Genre	Mode d'exercice	Département
P1	Pharmacien	>60	Masculin	Libéral	95
P2	Médecin généraliste	>60	Masculin	MSP	95
P3	Sage Femme	35-45	Féminin	MSP	95
P4	Ostéopathe	35-45	Féminin	MSP	95
P5	Psychologue clinicienne	>60	Féminin	MSP	95
P6	Coordinatrice CPTS	45-60	Féminin	CPTS	95
P7	Kinésithérapeute	35-45	Féminin	CPTS	95
P8	IDEL	45-60	Féminin	CPTS	78
P9	Médecin généraliste	25-35	Féminin	MSP	95
P10	Médecin généraliste	35-45	Féminin	MSP	95
P11	IDE	45-60	Féminin	MSP	95
P12	IDE	35-45	Féminin	CPTS	78
P13	Directrice CPTS	>60	Féminin	CPTS	78
P14	Enseignante en APA	25-35	Féminin	CMS	93
P15	Diététicienne	35-45	Féminin	CMS	93
P16	Psychologue	45-60	Féminin	CMS	93
P17	Gynécologue	35-45	Féminin	CMS	93
P18	IPA	35-45	Féminin	CMS	93
P19	Médecin généraliste	35-45	Féminin	CMS	93
P20	Médiatrice Santé	45-60	Féminin	CMS	93
P21	Médecin Généraliste	35-45	Féminin	CMS	93
P22	Interne en MG	25-35	Masculin	CMS	93
P23	Interne en MG	25-35	Féminin	CMS	93
P24	Médecin généraliste	35-45	Masculin	CMS	93
P25	Médecin généraliste	25-35	Masculin	CMS	93

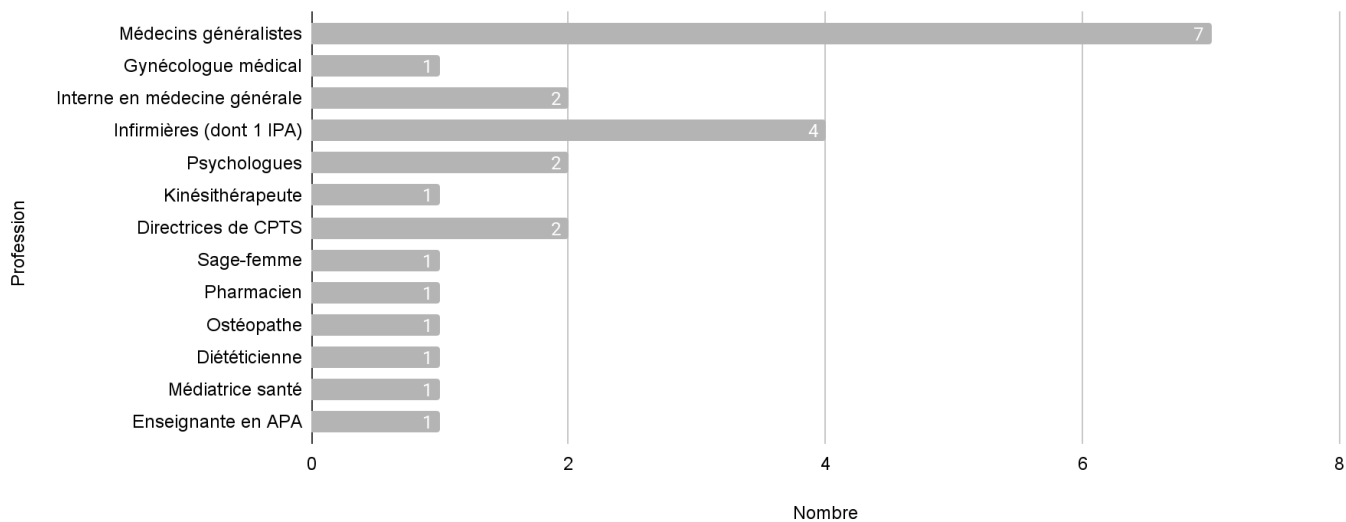


Figure 1 : Répartition des participants par profession

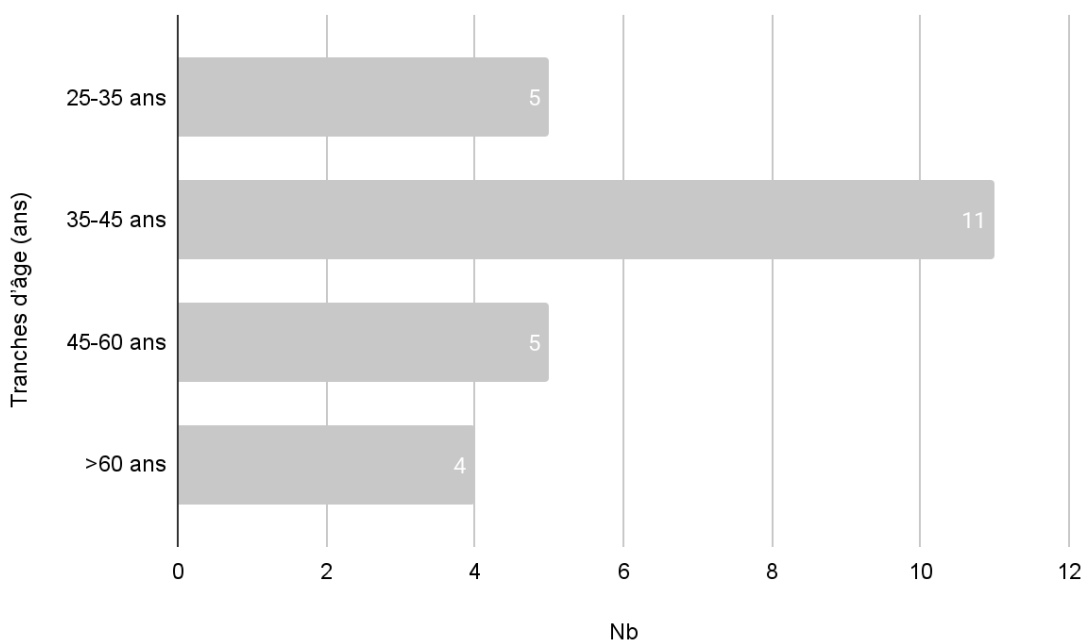


Figure 2 : Répartition des participants par tranche d'âge

Afin de mieux contextualiser les retours recueillis lors des focus groupes, il était pertinent d'examiner le profil des participants. Ces éléments, issus du questionnaire quantitatif, permettaient d'éclairer les dynamiques d'engagement et les attentes des professionnels.

### **Expérience des participants avec les RCP**

L'expérience des participants avec les RCP s'est révélée hétérogène, pouvant refléter des niveaux d'implication différents selon les contextes professionnels.

- 5 participants déclaraient une participation régulière (1 à 2 fois par mois), notamment en MSP.
- 3 participants avaient une expérience hospitalière des RCP.
- 3 participants indiquaient une expérience limitée.
- 2 participants n'avaient jamais participé à une RCP.
- 12 participants n'ont pas renseigné cette information, ce qui limite l'interprétation globale des résultats.

### **Motivations de participation aux focus groupes**

Les raisons de participation étaient variées, mais tournaient principalement autour de :

- L'engagement institutionnel (staff organisé par le CMS, demande de la CPTS).
- L'intérêt pour l'amélioration de la prise en charge patient et la collaboration pluriprofessionnelle.
- La volonté de partager des pratiques, trouver des solutions et faire évoluer les conditions de travail.

### **Satisfaction**

La majorité des participants étaient satisfaits de leur participation aux focus groups :

- 9 se sont déclarés "Très satisfaits".
- 11 se sont déclarés "Satisfaits".
- 1 participant était "Insatisfait", souhaitant plus d'explications sur le contexte en début de séance.
- 4 n'avaient pas répondu (oubli ou absence de positionnement).

## Analyse des focus groups

L'objectif de cette étude était d'examiner les perceptions des professionnels de santé concernant les éléments attendus d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS) et son utilisation concrète, à partir de leurs retours d'expérience.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons au cadre d'élaboration du PPS, en explorant les attentes des professionnels de santé quant à l'organisation des réunions centrées sur le patient.

Dans un second temps, nous analyserons les objectifs assignés au PPS ainsi que sa structuration. Nous nous pencherons sur les bénéfices perçus par les professionnels de santé, notamment en termes d'harmonisation des échanges, de coordination des soins et d'amélioration de la prise en charge des patients.

Enfin, nous étudierons le retour d'expérience des professionnels sur l'outil PPS proposé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Nous examinerons les atouts et limites perçus de cet outil, ainsi que les éventuels freins à son appropriation et à son utilisation en pratique.

## Cadre d'élaboration du PPS : La réunion centrée patient

### Coordination et acteurs clés des RCP

#### Référent identifié

La désignation d'un référent pour chaque patient a été largement perçue comme un levier clé pour faciliter la coordination des acteurs de soins et assurer un suivi plus structuré. Ce rôle de référent, qui pourrait être attribué à un médecin, un infirmier en pratique avancée (IPA) ou un autre professionnel de santé, permettrait d'assurer une continuité dans l'accompagnement du patient et d'orienter les décisions lors des réunions de concertation.

*P13 : « Il faut aussi que ça accompagne et qu'il y ait un guide. Que l'on sache qui est le référent. Qui impulse cela. »*

*P23 : « Je pense que peut-être c'est mieux, par exemple, qu'il y ait un médecin ou un IPA qui connaisse mieux le patient et qui va le présenter. Un référent. »*

Une autre remarque soulevée par un participant était que la réunion pouvait se tenir sans lui en cas d'absence, à condition qu'une bonne traçabilité des informations soit assurée en amont. Cela soulignait l'importance des outils de communication et du partage d'informations au sein de l'équipe.

*P21 : « Après, si le référent a bien rempli son PPS, il peut être absent. »*

#### Collaboration interprofessionnelle

L'approche pluridisciplinaire ou collaboration interprofessionnelle était unanimement reconnue comme indispensable pour une prise en charge optimale des patients. Les professionnels insistaient sur la nécessité d'impliquer un large panel d'acteurs, incluant le secteur médical, paramédical et social, afin d'améliorer la coordination des soins et d'assurer une prise en charge globale.

*P5 : « Présence de tous les interlocuteurs autour du patient (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, aides à domicile). »*

*P2 : « L'équipe de soin au sens large. »*

*P9 : « "Déroulé idéal" je dirais ça : préparer à l'avance, plusieurs corps de métier sur le paramédical et médical, et renouveler ça assez régulièrement quoi. »*

*P17 : « Et après, pour moi, l'autre truc, ce serait qu'il y ait le plus de représentants possibles de différents corps de métier. »*

Un participant suggérait également d'inclure le pharmacien dans ces réunions, considérant son rôle comme complémentaire à la prise en charge.

*P4 : « Pourquoi pas le pharmacien aussi ? »*

Cependant, la question du partage d'informations au sein des équipes pluridisciplinaires soulevait des interrogations, notamment en ce qui concernait le respect du secret médical et du secret professionnel. Les professionnels exprimaient le besoin d'un cadre juridique et éthique clair pour encadrer ces échanges, garantissant à la fois la protection des données des patients et la fluidité de la communication entre les acteurs.

*P21 : « Après, c'est partagé. Le secret médical est partagé. Tu es obligé de donner des infos à la coordinatrice pour qu'elle comprenne mieux la situation du patient. Elle est soumise, quelque part, au secret médical aussi. »*

*P24 : « En fait, le secret médical, c'est rare qu'il soit respecté dans ces cas-là. Mais le secret professionnel, lui, est toujours respecté. »*

*P19 : « L'inconvénient, c'est que, avec ces accès restreints, si on met la synthèse dans une partie non visible pour tous, ça limite l'efficacité. »*

Face à cette question, certains professionnels proposaient la mise en place d'une charte de confidentialité, engageant l'ensemble des participants des réunions à respecter la confidentialité des informations échangées. Cette charte permettrait d'établir un cadre commun et d'instaurer une confiance entre les différents acteurs impliqués. Toutefois, cette

solution soulevait des limites d'ordre légal, notamment en raison des contraintes imposées par la réglementation sur la protection des données personnelles.

*P9 : « Sur la question de confidentialité, faudrait-il faire signer une charte de confidentialité à tous ceux qui font partie de la boucle ? »*

*P13 : « Sauf que la loi ne nous y autorise pas ! On pourra faire toutes les chartes qu'on veut, demain le patient ira voir la CNIL et nous dira : 'Qu'est-ce que vous fichez là ?' Ce ne sera pas bon. Soit il faut faire évoluer la loi, soit ces PPS pour qu'ils soient dynamiques... Mais si la loi ne vous y autorise pas, vous ne pouvez pas le faire. »*

### Intervenant extérieur

En complément certains professionnels estimaient que les échanges pourraient être enrichis par la présence d'un intervenant extérieur. Ce dernier, en adoptant un regard neutre et détaché du suivi quotidien du patient, pouvait aider à objectiver les discussions et à interroger les pratiques habituelles, facilitant ainsi la prise de décision.

*P3 : « Si on est dans une structure de soins, peut-être au moins un intervenant qui ne connaît pas le patient, peut-être pour donner un avis extérieur. »*

*P17 : « Pas forcément des gens directement concernés par le patient. Je veux juste dire différents professionnels. »*

*P16 : « Pour avoir un regard différent ! »*

*P21 : « Ici, nous avons aussi des réunions de situations complexes où nous faisons même venir des intervenants extérieurs. »*

## **Cadre temporel et préparation des échanges**

### Planification

La planification rigoureuse des réunions était identifiée comme un facteur clé de réussite. Elle permettait d'assurer une meilleure coordination entre les professionnels et d'éviter des

échanges inefficaces. L'inscription d'une temporalité claire dans le processus de réunion apparaissait ainsi comme un élément structurant.

*P13 : « Au-delà d'un déroulé, on a aussi tout ce qui est de la temporalité, en premier identifier les ressources ensuite j'organise une réunion entre professionnels et ensuite on se met autour du patient. Donc il faut que dans cet outil, la temporalité soit clairement inscrite. »*

### Fréquence et régularité

Les professionnels s'accordaient sur l'importance d'une tenue régulière des réunions, en particulier pour le suivi des patients complexes. L'idée d'une réunion trimestrielle, alignée sur le renouvellement des ordonnances, était fréquemment évoquée comme un repère organisationnel pertinent.

Cependant, malgré ce consensus, la mise en place effective de ces réunions restait difficile, notamment en raison du manque de temps et des contraintes organisationnelles.

*P8 : « Nous, dans notre profession, infirmières, on le fait tous les mois, c'est tous les mois autour d'un resto. (rires). Blague à part, on en a besoin, on s'est rendu compte que dans le feu de l'action, il y a beaucoup de choses qu'on oublie. Et après, avec les médecins, on aurait voulu une fois par trimestre mais on n'en a pas encore fait une seule. Mais on ne désespère pas. »*

*P8 : « Après j'aimerais faire quelque chose comme ça, par exemple, j'ai convié des médecins d'un cabinet dans le 78, mais qui étaient anciennement chez nous et je leur ai proposé qu'on se voit une fois par trimestre mais c'est trop on n'y arrive pas. Mais dans l'idéal oui, une fois tous les trimestres, j'aimerais qu'on puisse refaire un petit point pour les patients qui sont compliqués et pour un manque de compréhension des fois entre nous et qui peut même générer des soucis dans la prise en charge, car on se comprend pas, on parle pas de la même chose (tête rigolote, rire). »*

*P17 : « C'est d'avoir du temps, déjà, je pense, dans l'idéal. Une réunion, déjà, qui soit assez régulière et avec un temps... Je sais pas, idéal, ce serait une heure et demie, deux heures. »*

## Préparation en amont

Si la fréquence des réunions constituait un enjeu central, leur efficacité reposait également sur une préparation rigoureuse en amont. Il s'agissait de sélectionner les patients concernés, d'identifier les intervenants nécessaires et de structurer les discussions afin d'optimiser le temps disponible.

*P20 : « Quand tu parlais de temps, c'est du temps aussi en amont pour la préparation (pour sélectionner les patients, faire intervenir les différents acteurs qui prennent en charge ce patient-là). Parce que le temps sur l'instant T de travail, c'est bon, mais il faut aussi du temps en amont pour préparer. Je pense que c'est ça qui manque : le temps. »*

*P21 : « C'est-à-dire qu'avoir du temps en amont, ça peut permettre effectivement de ne pas arriver avec des imprécisions sur ce qu'on présente. »*

Un autre point soulevé concernait le temps consacré aux tâches administratives préalables aux réunions. Les professionnels estimaient que la mise à jour des dossiers patients et la centralisation des informations médicales et sociales étaient chronophages et pouvaient être réalisées en amont afin d'optimiser le temps d'échange consacré aux discussions cliniques.

*P2 : « Toutes les infos administratives ne sont pas à partager en RCP. Elles sont nécessaires si on se pose une question. Donc ça demande peut-être un temps administratif en dehors d'une RCP. »*

## **Organisation et fluidité des discussions**

### Temps d'échange structuré

Bien que jugés utiles, les échanges informels ne suffisaient pas pour assurer une coordination efficace des soins, notamment pour les patients complexes. Un temps d'échange structuré était jugé nécessaire afin de fixer des objectifs clairs et d'améliorer la prise en charge.

*P8 : « Je communique par post-it avec les kinés. (..) oui effectivement on est loin de l'idéal »*

*P2 : « Par rapport à ce que tu disais, P1, c'est vrai qu'on fait beaucoup d'informel à la MSP. On est souvent autour d'un café, on ne fait pas de réunions/RCP mais des concertations informelles, etc. Mais le fait de se poser et d'être tous présents au même moment sur le dossier d'un patient et d'en sortir des objectifs, etc., c'est quand même un niveau qui est nécessaire. L'informel ne suffit pas, c'est-à-dire que l'informel fait beaucoup, mais il ne suffit pas. De temps en temps, il faut réfléchir collectivement à ce qu'on va faire pour un patient. Alors ça ne concerne pas énormément de patients, mais il y a des patients compliqués pour lesquels je trouve que c'est bien d'avoir au moins un temps de réflexion collectif. En tout cas, le fait d'avoir un temps d'échange structuré, c'est pas mal. »*

### Objectifs partagés

La place du patient dans ces réunions restait une question centrale. Certains participants suggéraient un format en deux temps : d'abord une réunion entre soignants pour définir les décisions, puis une synthèse avec le patient afin d'intégrer son point de vue et d'adapter la prise en charge en conséquence.

*P20 : « C'est quoi une réunion centrée patient ? C'est avec le patient ? Sans le patient ? C'est quoi ? »*

*P10 : « J'avais mon idée, ce serait quelque chose en 2 temps du coup. Une réunion centrée sur le patient sans le patient mais avec toute l'équipe de soins dans un premier temps puis une synthèse faite au patient dans un second temps. »*

*P13 : « Et moi j'ai une autre question, quand vous mettez centrée-patient est-ce que vous pensez au patient ? Dans votre déroulé idéal, est-ce que c'est autour du patient ou avec le patient ? Car ce n'est pas la même chose. Dans cet outil idéal il faut qu'il y ait le patient. À quel niveau on est, est-ce qu'on est sur du RCP à domicile avec le patient et l'entourage et tout dans ce déroulé idéal. Je pense qu'il va y avoir deux déroulés idéaux de réunion autour des patients, c'est-à-dire une autour et une avec. Pour moi il faut que l'idéal soit réaliste. »*

## Outils et trame standard

L'absence d'un support formalisé était perçue comme un frein à la continuité et au suivi efficace des discussions. Certains professionnels soulignaient que l'utilisation d'une trame standardisée faciliterait la structuration des échanges, assurerait une meilleure traçabilité des décisions prises et éviterait les oublis.

*P10 : « Alors moi c'est la même organisation que pour (P9) ; j'essaie de me centrer sur le truc idéal. Nous ça se passe plutôt bien ces réunions là, ce qui manque peut-être, c'est une trame qu'on pourrait remplir de manière systématique pour chaque patient, parce qu'on fait effectivement des réunions médecins-infirmières, médecins-kinés, on fait pas ces réunions toujours avec tout le monde autour de la table en même temps donc si on a cette trame on peut la compléter au fur et à mesure pour un même patient et puis avoir le point vue de tout le monde et ça évite aussi d'oublier des aspects. Parce que parfois après la réunion on pense qu'on a oublié tel ou tel aspect donc ça, ça pourrait être bien. »*

## Information en temps réel

L'accès immédiat aux dossiers patients était jugé essentiel par certains professionnels pour fluidifier les échanges et faciliter des décisions rapides et adaptées. L'absence de cet accès était perçue comme un facteur de complexification des réunions, limitant leur efficacité et leur portée.

*P2 : « Dans les conditions moi je rajouterais l'accès au dossier parce que quand on n'a pas accès au dossier on voit bien que c'est plus complexe. Un accès en temps réel. Le dossier est informatique (dans la MSP). »*

## **Environnement collaboratif**

### Cadre convivial

Les acteurs de santé soulignaient l'importance d'un environnement de travail chaleureux pour faciliter la communication et renforcer la collaboration. Une ambiance conviviale favorisait la confiance et encourageait les échanges spontanés.

*P8 : « Nous, dans notre profession, infirmières, on le fait tous les mois, c'est tous les mois autour d'un resto. (rires). »*

*P8 : « Ce qui a été mis en évidence avec le Covid, c'est qu'on a fait connaissance avec plein d'acteurs de santé. (..) Et donc le fait de se connaître et d'échanger, il n'y a pas photo. »*

*P13 : « On est tous persuadé que la convivialité joue aussi dans l'appropriation, il faut que l'outil soit dynamique mais dans une ambiance conviviale. »*

*P7 : « Outil waterproof pour être utilisé au Hammam (rires!) »*

## **Contraintes et réalités du terrain**

### Hétérogénéité des équipes

Plusieurs participants soulignaient la difficulté de coordonner des équipes hétérogènes, en particulier dans la prise en charge des patients multimorbides. Chaque patient nécessitait l'intervention de professionnels aux profils variés, ce qui compliquait l'organisation des réunions et la mise en place d'un suivi structuré. L'absence de réunions institutionnalisées adaptées à ces configurations polymorphes renforçait ces difficultés, rendant la coordination encore plus complexe.

*P2 : « Pour les multimorbides, on n'a pas de réunions institutionnalisées. Le problème, c'est que les équipes sont polymorphes. On ne peut pas faire une réunion pour 10 patients parce que chaque patient aura une équipe différente. »*

### Manque de temps et surcharge de travail

Le manque de temps était unanimement identifié comme un obstacle majeur à l'organisation des réunions et au suivi du PPS. La charge de travail élevée des professionnels de santé limitait leur disponibilité, rendant difficile la tenue de réunions régulières et la participation de tous les acteurs impliqués. Plus le nombre d'intervenants augmentait, plus les réunions s'allongeaient, ce qui constituait une contrainte supplémentaire dans un emploi du temps déjà saturé.

*P10 : « Et donc là on a un peu le regard de tout le monde, Le bémol c'est que ce sont des réunions qui prennent du temps, plus on a de monde qui s'exprime sur un patient, plus c'est long et comme on disait, on est contraint par le temps aussi. »*

### **Axes d'amélioration**

Face à ces contraintes, des pistes d'amélioration ont été proposées par les participants :

#### Création d'une fonction de coordination

Face aux difficultés organisationnelles et au manque de temps, tous les professionnels s'accordaient sur la nécessité de créer une fonction dédiée à la coordination. Cette fonction était perçue comme essentielle pour assurer la gestion logistique et administrative des réunions, centraliser les informations et faciliter leur diffusion auprès des différents acteurs impliqués. Son existence permettrait d'optimiser l'efficacité des échanges en allégeant la charge de travail des soignants et en garantissant un suivi structuré des décisions prises.

Dans ce cadre, plusieurs participants suggéraient que les assistants médicaux pourraient jouer un rôle clé dans cette délégation. Leur implication permettrait de prendre en charge les tâches non médicales, telles que la planification des réunions, la collecte et la synthèse des données, ainsi que le suivi des actions engagées. Cette répartition des responsabilités apparaissait comme une solution pragmatique et partagée par l'ensemble des professionnels interrogés.

*P13 : « Il faut qu'il y ait une fonction de coordination, dédiée à cela, car le recueil de l'information est long, et ensuite la synthèse est longue et le re partage de l'information par la personne qui a recueilli l'information est également longue. Il faudrait une fonction pour moi dédiée. »*

*P9 : « Cela pourrait s'apparenter aux fonctions des assistants médicaux. »*

*P13 : « C'est une fonction qu'il faut accepter de faire émerger! »*

## **Le PPS : Structure et Bénéfices**

### **Organisation et mise en oeuvre**

#### Identification des acteurs de soins

Une identification exhaustive des acteurs impliqués dans la prise en charge du patient était considérée comme primordiale par tous les participants. Cette démarche favorisait une meilleure coordination entre les acteurs de soins et optimisait la communication interprofessionnelle.

Un recensement complet et mis à jour régulièrement permettait de faciliter la répartition des interventions et d'assurer la continuité des soins.

*P2 : « Bah déjà, la liste de tous les gens qui interviennent auprès du patient. »*

*P25 : « Mais surtout ses contacts : qui s'occupe de lui, l'aide-soignante à domicile s'il y en a une, l'infirmière à domicile et ses médecins spécialistes. »*

*P13 : « Je dirais que le déroulé idéal, c'est déjà de savoir qui est autour du patient. Avoir dans cet outil idéal le moyen d'identifier les sources autour de ce patient. »*

Par ailleurs, plusieurs participants ont insisté sur l'importance d'un accès rapide aux coordonnées des différents intervenants afin de fluidifier les échanges et d'améliorer la réactivité en cas de besoin. La connaissance des autres professionnels impliqués autour d'un patient renforçait le sentiment de travail en équipe et de collaboration.

*P8 : « Ce qui a été mis en évidence avec le Covid, c'est qu'on a fait connaissance avec plein d'acteurs de santé autour de nous. Et quand tu as besoin de joindre un kiné ou une orthophoniste de manière urgente, c'est plus facile quand on se connaît, qu'on s'est déjà vus, qu'on a déjà partagé sur des patients, plutôt que d'être chacun isolé dans son coin. Ça a apporté énormément. Une petite dame de 101 ans en fin de vie souffrait le martyr et le médecin était parti en congé pendant un mois. Connaître le pharmacien m'a permis de lui demander de faire quelque chose. (..) Et donc le fait de se connaître et d'échanger, il n'y a pas photo. »*

#### Données médicales, sociales et familiales

L'ensemble des participants s'accordait sur la nécessité d'intégrer dans le PPS des informations médicales, sociales et familiales complètes, afin d'assurer une prise en charge globale et adaptée aux besoins du patient.

*P11 : « Volet familial, social et médical. »*

*P25 : « Antécédents, traitements, la liste des infirmières à domicile, les contacts... »*

*P25 : « Savoir aussi s'il a des aides de la MDPH ou des aides financières. »*

#### Axe d'intervention principal

Les participants ont insisté sur l'importance de définir un axe principal d'intervention dans le PPS. Cet axe devait être clairement identifié et accepté par tous les intervenants, y compris le patient, pour assurer une prise en charge cohérente.

Cela permettait d'éviter la dispersion et de concentrer les efforts sur les besoins les plus urgents du patient.

*P3 : « Quelles ont été les problématiques principales mises en avant par rapport à ce patient, pour travailler autour de ça, pour que ça corresponde au mieux à ses besoins ? »*

*P2: « Après, l'intérêt quand même d'avoir un plan personnalisé de soins, c'est pour cela qu'on se réunit quand même, c'est pour pouvoir définir des axes d'intervention, se mettre d'accord sur ce qu'on fait. »*

### Préférences du patient

L'ensemble des participants soulignait l'importance d'intégrer les préférences du patient dans le PPS, afin d'assurer une prise en charge adaptée à ses attentes. Cette démarche favorisait son adhésion aux soins et renforçait son implication dans le processus décisionnel (objectifs partagés).

*P3 : « Et après, moi j'aurais dit quand même l'avis du patient et de l'entourage. C'est-à-dire, qu'est-ce qui est important pour lui, ses critères à lui. »*

*P16 : « Les attentes du patient. »*

*P18 : « L'intérêt de faire un PPS, c'est que le patient devient acteur de sa pathologie et qu'il adhère mieux à la prise en charge qu'on lui propose. »*

### Directives anticipées

Un participant soulignait l'importance d'inclure les directives anticipées dans le PPS, afin de garantir que les décisions médicales respectent les souhaits du patient. Ces directives permettaient de définir à l'avance les limitations de soins, notamment en cas de dégradation de l'état de santé ou d'incapacité à exprimer son consentement.

Bien que cette préoccupation n'ait été mentionnée que par un seul participant, elle soulignait l'enjeu important de l'anticipation des décisions médicales et de la coordination entre acteurs de soins.

*P24 : « Les limitations de soins. »*

## Organisation et suivi des actions

L'ensemble des participants insistait sur la nécessité de structurer l'organisation des interventions et d'assurer un suivi régulier des actions mises en place. Il était essentiel que le PPS précise les responsabilités de chacun, les modalités de mise en œuvre des interventions et les échéances de réévaluation.

En complément, le suivi des actions engagées permettait d'évaluer leur efficacité et d'adapter la prise en charge si nécessaire. Un bilan clair devait être établi, détaillant les actions réalisées, celles restant à accomplir, les professionnels impliqués et les résultats obtenus.

Ce suivi devait être partagé entre tous les professionnels afin de garantir une continuité des soins et éviter que le PPS ne reste un simple document sans suivi effectif.

*P19 : « C'est aussi dans les objectifs : qui fait quoi ? Comment ? Et quand est-ce qu'on se revoit ? Par exemple, jusqu'à telle date, il faut faire telles choses. L'organisation, en somme. »*

*P4 : « C'est important de savoir ce qui a déjà été mis en place et ce qu'il reste à mettre en place. »*

*P19 : « Qui ? Quoi ? Comment ? Pour moi, c'est ce que je disais tout à l'heure sur le PPS. Il y a une réévaluation, une modification, ou bien une fermeture ou l'ouverture d'un nouveau plan, parce que d'autres choses font que ce n'est plus le même plan...*

*Dans l'idéal, je pense que ce serait bien d'avoir, soit ce qui est en cours, soit ce qui est terminé, avec leurs résultats. Après, sous quelle forme ? Il faut que ce soit partagé. Je n'ai pas la réponse (...).*

*Que ce soit sous forme d'historique ou dans l'ordre chronologique, mais avec : qui ? quoi ? quand ? comment ? et le résultat. Qu'il y ait un retour, en fait. Parce qu'un plan, juste écrit, qu'on met dans le dossier et qu'on continue chacun de son côté sans suivre les objectifs du plan, je n'en vois pas l'intérêt. Hormis dire : "Bah, j'ai fait un plan, mais c'est pas coté." Le jour où ce sera coté, il faut qu'il y ait un intérêt à ce plan. »*

## Synthèse

La synthèse occupait une place centrale dans l'élaboration du PPS. Elle permettait d'assurer une compréhension commune des objectifs prioritaires et garantissait que l'orientation des interventions soit partagée par l'ensemble des professionnels impliqués.

En regroupant les informations essentielles et en mettant en avant l'axe principal d'intervention, elle facilitait la coordination des soins et la continuité de la prise en charge.

*P2 : « Moi, c'est la synthèse, c'est-à-dire que l'axe principal d'intervention, ça me paraît important qu'il soit partagé par tous les professionnels. »*

## **Bénéfices**

### Approche pluridisciplinaire

Selon les participants, l'élaboration d'un PPS contribuait à une meilleure prise en charge des patients complexes en encourageant une approche pluridisciplinaire, notamment à travers les RCP. En réunissant des professionnels de divers horizons, cette démarche permettait de croiser les points de vue, d'intégrer des perspectives complémentaires et d'enrichir la compréhension du patient.

*P2: « Moi, je pense que c'est d'abord l'avis des autres qui nous intéresse, c'est-à-dire, c'est de pouvoir partager. Alors moi, je suis médecin donc j'ai une vision particulière du patient, et il y a des choses que je ne connais pas : sur la vie courante, le volet social, l'observance... Je suis toujours surpris de ce qu'on apprend, c'est-à-dire qu'on a souvent une vision du patient en sortant de la réunion qui est différente, parce qu'on se construit une image qui n'est pas forcément la bonne, donc c'est ça l'intérêt. »*

## Harmonisation et fluidité des échanges

L'élaboration du PPS était perçue comme un levier permettant d'améliorer la communication entre les professionnels, il favorisait un discours plus aligné entre les acteurs de soins.

*P1 : « Et puis après, une fois que le plan est mis en place, cela permet de fluidifier les échanges entre professionnels, et ce, dans l'intérêt du patient. »*

*P7 : « Pour plus de fluidité, que tout le monde ait un discours parallèle. »*

*P8 : « La fluidité, la visibilité. »*

## Vision globale du patient

L'approche pluridisciplinaire impliquait également d'avoir une vision plus globale du patient. Les participants soulignaient l'importance d'intégrer les dimensions médicale, sociale et environnementale pour mieux appréhender sa situation et adapter les interventions en conséquence.

*P6 : « Dans la globalité. Souvent, oui, ça dépend du professionnel, mais il y a une vision très claire du patient quand on va le voir à domicile, par exemple. Mais pour le professionnel qui est dans le cercle de soins, mais qui ne va pas à domicile, il n'a pas la même vision, donc ça permet d'échanger et d'avoir une vision claire de la situation du patient, aussi bien médicale, sociale, environnementale. »*

*P16 : « Qu'il y ait une prise en charge globale du patient. »*

*P5 : « Après, pour les psys, c'est vrai que c'est intéressant parce qu'on a une vision plus large et complémentaire. En même temps, on ne peut pas se permettre d'utiliser ce qu'on a appris dans le dossier, c'est-à-dire qu'on doit partir de ce que dit le patient, même si, dans un coin de notre tête, on sait que ce n'est pas tout à fait... voilà, c'est sa réalité à lui, et c'est ça que nous devons respecter absolument. Donc c'est bien et puis en même temps, voilà. »*

### Suivi et continuité des soins

Le PPS garantissait la continuité des soins et le suivi des patients multimorbides grâce à des mises à jour régulières et une réévaluation des objectifs. Il permettait notamment de clarifier la répartition des rôles entre professionnels et d'améliorer la qualité des résultats.

*P13 : « L'autre intérêt c'est qui fait quoi et est-ce que c'est fait! »*

*P19 : « Moi, je vois dans le PPS l'intérêt de mettre des objectifs de prise en charge, des objectifs partagés avec le patient. Et aussi d'avoir, si possible, une évaluation dans le temps et sur la qualité des résultats des objectifs : ceux du patient, ceux du médecin, ou ceux des différents professionnels. Je le vois un peu comme une ligne directrice : "Qu'est-ce qu'on va faire, par qui, comment ?" Et on se réunit, soit avec le patient, soit avec les professionnels de santé, pour dire : "On avait dit ça. Qu'est-ce qui a été fait ? Où en est-on ? Est-ce qu'on continue, ou l'objectif a-t-il été atteint et on en met un nouveau ? »*

*P14 : « Donc, c'est important d'assurer des mises à jour et de savoir où en est le patient, à l'instant T. »*

### Accompagnement renforcé

Le PPS permettait d'améliorer l'accompagnement des patients complexes en définissant un parcours de soins adapté à leurs besoins.

*P7 : « L'intérêt : un meilleur accompagnement du patient pour moi. »*

*P3 : « Du coup, l'idée, c'est d'élaborer un parcours de soins qui est plus approprié au patient lui-même. »*

### Renforcement du lien soignant-patient

Une meilleure communication avec le patient et sa famille renforçait la confiance et la qualité des soins.

*P11 : « Même sur lien que tu as avec le patient, à partir du moment où tu construis quelque chose que ce soit même sur le plan avec sa famille, sur le plan de ce que tu vas recueillir, c'est le lien que tu vas avoir avec lui. Et au niveau des soins et de la confiance cela va être multiplié. »*

### Réduction de l'isolement des soignants

Le PPS ne bénéficiait pas seulement aux patients, mais pouvait également avoir un impact positif sur les professionnels de santé. En facilitant la collaboration et en offrant un cadre de travail structuré, il contribuait à réduire l'isolement de certains soignants. Ce sentiment d'isolement était particulièrement marqué chez les professionnels exerçant en libéral.

*P13 : « Et aussi, un effet indirect. Cela permet de rompre l'isolement des professionnels dans leur pratique. »*

## **Retour d'expérience sur l'outil PPCS de la HAS (2019)**

### **Controverses**

#### Outil exhaustif vs trop complexe

L'exhaustivité du PPCS a été perçue comme un atout majeur par les participants, offrant une vision structurée et détaillée de la prise en charge du patient. Son cadre formalisé permet d'aborder de multiples dimensions essentielles, allant de l'identification des intervenants aux attentes du patient, en passant par les aspects médicaux, sociaux et administratifs. Cette richesse d'informations a été jugée précieuse pour garantir une prise en charge globale et éviter les oublis.

*P21 : « Il a l'air d'être exhaustif, en tout cas. »*

*P24 : « Mais ça a l'air complet, très complet. »*

Toutefois, cette même exhaustivité a également suscité des critiques. De nombreux professionnels ont souligné la lourdeur de l'outil, le jugeant trop dense et chronophage à remplir. Son caractère rigide et son niveau de détail ont été perçus comme peu adaptés aux réalités du terrain, où le temps est une ressource limitée. Certains participants ont exprimé un sentiment de découragement face à un document qu'ils considéraient comme une « usine à gaz », complexe et fastidieux à compléter.

*P7 : « C'est gros(rires)! Ça a l'air d'être très complet mais ça a l'air une usine à gaz à remplir. »*

*P2 : « Moi, j'avoue que ça ne m'a pas donné envie de l'utiliser quand je l'ai relu. Après, ça a l'avantage de remplir toutes les cases, donc euh je ne sais pas s'il faut tout jeter, mais je trouve que...»*

*P5 : « Alors moi, j'ai soupiré. RIRE GÉNÉRAL... Après, ce n'est peut-être pas une bonne représentation parce que je l'ai sorti comme ça, donc euh...»*

*P2 : « Non, non, mais moi, j'ai la même, enfin je le connaissais, enfin je l'avais déjà vu mais jamais utilisé, et là, quand vous l'avez envoyé et que je l'ai rouvert : SOUPIR. »*

Ainsi, le PPCS est reconnu pour sa structuration et sa complétude mais son appropriation par les professionnels semble compromise par une surcharge d'informations et une complexité administrative jugée excessive.

*P4 : « Bah ouais, caisse de retraite complémentaire, caisse de retraite principale...»*

### Une identification des intervenants claire mais incomplète

L'un des atouts du PPCS réside dans sa capacité à offrir une lecture directe des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Les participants ont apprécié cette visibilité accrue, facilitant la coordination entre les acteurs de soins et permettant une meilleure organisation des interventions.

*P16 : « Et puis il y a une lecture directe de tous les praticiens autour du patient. C'est-à-dire que nous, on a la lecture de tous les praticiens qui travaillent en interne, mais si, en effet, il y a le kiné externe... [onomatopée d'interrogation] Alors que là, ça peut être positionné de manière lisible. »*

Cependant, cette identification a été jugée incomplète par plusieurs professionnels, qui ont souligné l'absence de certaines catégories d'intervenants, notamment les psychologues, podologues, sages-femmes ou encore certains paramédicaux. Cette omission limite la pertinence du PPCS pour une prise en charge réellement pluridisciplinaire et reflète, selon eux, une vision trop restreinte du parcours de soins.

*P5 : « Ou ta profession... Donc c'est vrai qu'elle n'est pas complète, la liste ! Il n'y a pas les psychologues, par exemple ! Il n'y a pas les podologues !»*

*P6 : « Il n'y a pas les paramédicaux ! »*

*P3 : « Si, il y a les ergothérapeutes ! »*

*P2 : « Il n'y a pas les sages-femmes.» P5 : « Mais du coup, il faut nommer ! Il n'y a pas les psychomotriciennes, les diététiciennes...»*

Ainsi, bien que l'outil apporte une structuration intéressante des intervenants autour du patient, son manque d'exhaustivité dans la liste des professionnels nuit à sa capacité à s'adapter aux réalités du terrain.

## **Avantages**

### Intégration des dimensions juridiques et éthiques

L'un des points positifs relevés par les participants est l'intégration des dimensions juridiques et éthiques dans le PPCS, notamment en ce qui concerne le consentement du patient. L'outil permet de formaliser l'information donnée au patient sur l'organisation des concertations pluriprofessionnelles et de garantir son droit à s'opposer à leur mise en place.

Cette clarification a été perçue comme un élément essentiel pour respecter les droits du patient et renforcer la transparence des échanges entre professionnels de santé. Elle répond

à une préoccupation éthique importante en assurant que le patient reste au cœur des décisions qui le concernent.

*P3 : « Moi, ça répond à une de mes questions : est-ce que le patient est informé ? Est-ce qu'il a le droit de s'opposer au fait qu'il y ait ces concertations pluriprofessionnelles ? »*

*P2 : « Les deux sont posées ? »*

*P1 : « Oui. »*

### Prise en compte des attentes du patient et de sa famille

Les participants ont souligné comme un point positif du PPCS sa capacité à intégrer les attentes du patient, de sa famille et des professionnels impliqués. Cet aspect a été perçu comme un levier important pour une prise en charge plus personnalisée et adaptée aux besoins réels du patient.

*P16 : « Après, c'est pas ça qu'on utilisera, parce que dans le logiciel, toutes les données administratives, on les a. Par contre, ce que je trouvais bien, c'était justement les attentes du patient, les attentes du praticien, les attentes de l'entourage, les objectifs du praticien, du patient, de l'entourage... »*

### Vision globale du patient

Les participants ont relevé que le PPCS favorisait une approche globale du patient en structurant les informations de manière exhaustive. Contrairement aux pratiques habituelles où chaque professionnel se concentre principalement sur les données qui le concernent directement, cet outil oblige à adopter une vision plus large, intégrant les dimensions médicales, sociales et environnementales.

*P16 : « Oui, puis souvent, on va regarder les informations qui nous intéressent. Là, tu es obligé d'avoir quelque chose de beaucoup plus global. Donc, pas si mal ! »*

## Inconvénients et freins à l'adoption du PPCS

### Méconnaissance de l'outil

Un constat frappant issu des discussions a été la méconnaissance générale du PPCS par les professionnels de santé interrogés. La plupart des participants n'en avaient jamais entendu parler avant la présentation qui leur en a été faite dans le cadre des focus groupes. Cette absence de visibilité limite son adoption et son intégration dans les pratiques courantes.

*P9 : « Moi j'aurai juste rajouté, connaissez-vous le PPS ? voilà la bonne question. Moi étant médecin installé depuis 1 an et adjointe pendant 3 ans, je n'ai jamais entendu parler avant de voir ça aujourd'hui. Et dans les études, les logiciels à l'hôpital on les connaît mais les logiciels en ville, non ! J'ai découvert les réunions parce que je fais partie de la MSP. »*

*Animateur: « Est-ce que quelqu'un le connaissait ? (en parlant du PPCS) .» En chœur : « Non. »*

### Manque de flexibilité

Si le PPCS a été reconnu pour son exhaustivité, plusieurs participants ont regretté son manque de flexibilité. L'outil impose un cadre standardisé qui ne permet pas de moduler le niveau de détail en fonction des besoins spécifiques de chaque patient. Certains professionnels ont souligné que tous les patients ne nécessitaient pas le même degré de précision sur chaque aspect (médical, social, administratif) et que l'outil les contraignait à remplir des sections parfois superflues, ce qui alourdissait inutilement la démarche.

L'absence d'un format adaptable a été perçue comme un frein à son appropriation. Certains ont suggéré qu'un système plus modulable, permettant d'ouvrir ou de masquer certaines sections en fonction des besoins, pourrait améliorer son utilisation et éviter de surcharger les professionnels avec des informations non pertinentes.

P2 : « Moi, je pense que c'est peut-être d'avoir un document qui soit moins rigide. »

P2 : « C'est peut-être mon caractère mais moi, quand il y a trop de cases, ça me fait fuir. Je me dis évidemment qu'il n'y a rien d'aberrant dans le contenu, mais en fait, il y a des patients pour lesquels on a besoin d'un détail très précis sur tel sujet et d'autres, moins. Là, on met tout le monde au même niveau de détails, et donc ça, c'est un peu gênant. C'est-à-dire que les PPS qu'on a à faire sont dépendants de la réalité multimorbide du patient, de sa réalité sociale. Donc, si le volet social est important, on peut creuser cette partie, mais si celui-ci ne l'est pas, on n'est pas obligé de perdre du temps, enfin vous voyez ? Moi, j'ai toujours l'impression d'avoir un carcan qui nous fait perdre du temps. »

P3 : « C'est peut-être là l'intérêt de ce que disait P6, d'un système où on peut ouvrir des cases quand on en a besoin pour aller chercher des informations, plutôt qu'un tableau comme ça où tout est mis au même endroit, tout est mélangé.

Parce que là, du coup, il y a trop d'infos et on se perd. »

### Absence de rémunération et manque de temps

Un point soulevé par certains participants concerne l'absence de cotation spécifique pour le PPCS. Son élaboration demande du temps, notamment pour rassembler et structurer les informations nécessaires à une prise en charge coordonnée. Or, ce travail n'est pas toujours perçu comme valorisé financièrement, ce qui peut constituer un frein à son adoption.

P24 : « Ce qui revient à ma question pour la cotation, du coup ? Bon, nous, on a la coordination. Mais pour ceux qui viennent de l'extérieur ? (rires) »

Un participant a suggéré que ce travail pourrait être pris en charge par des coordinateurs dédiés.

P13 : « Il y a des choses qui peuvent être faites par du personnel responsable de la coordination, pour lequel il y a un financement dédié. »

D'autres considèrent qu'une reconnaissance financière du temps passé à remplir et mettre à jour le PPCS pourrait encourager son utilisation en ville.

Toutefois, cet argument ne fait pas l'unanimité : pour certains, la rémunération ne suffirait pas à résoudre la problématique principale, qui reste avant tout un manque de temps.

P2 : « *Quand je dis qu'on n'a pas, c'est-à-dire qu'on n'a pas le temps. Ce n'est même pas une question de rémunération. Ça pourrait très bien être rémunéré, mais il n'y a pas de temps. On est très limités dans le temps. »*

P18 : « *En pratique, c'est compliqué à remplir. Pratico-pratique, c'est hyper long. Aucun médecin généraliste ne va le faire. »*

## DISCUSSION

---

### Résultats principaux

Cette étude qualitative par focus groupes a permis de mieux comprendre les perceptions des professionnels de santé quant aux attentes liées au Plan Personnalisé de Santé (PPS) et d'identifier les principaux freins et leviers associés à l'utilisation du PPCS promulgué par la HAS en 2019.

L'analyse des entretiens a fait émerger trois axes de réflexion :

- Le cadre d'élaboration du PPS :

Ce premier axe porte sur les réunions centrées sur le patient (réunion de concertation pluridisciplinaire). Les professionnels y ont exprimé leurs attentes "idéales", mais aussi les obstacles à leur mise en œuvre. Des pistes d'amélioration ont été suggérées pour faciliter leur organisation et renforcer leur efficacité.

- La structure et les bénéfices du PPS :

Ce second axe concerne les éléments clés à intégrer dans le PPS du point de vue des soignants, ainsi que les bénéfices attendus, notamment en termes de coordination des soins et d'adhésion aux soins du patient.

- Retour d'expérience sur le PPCS de la HAS (2019) :

Le dernier axe est consacré à l'évaluation du PPCS, avec une analyse de ses avantages et de ses limites selon les professionnels de santé.

L'analyse des entretiens a révélé des dynamiques récurrentes. Afin de structurer ces éléments et d'en proposer une lecture synthétique, un modèle explicatif a été élaboré. Il offre une représentation visuelle des interactions entre ces différents facteurs et permet de mieux comprendre les enjeux liés à l'adoption du PPS.

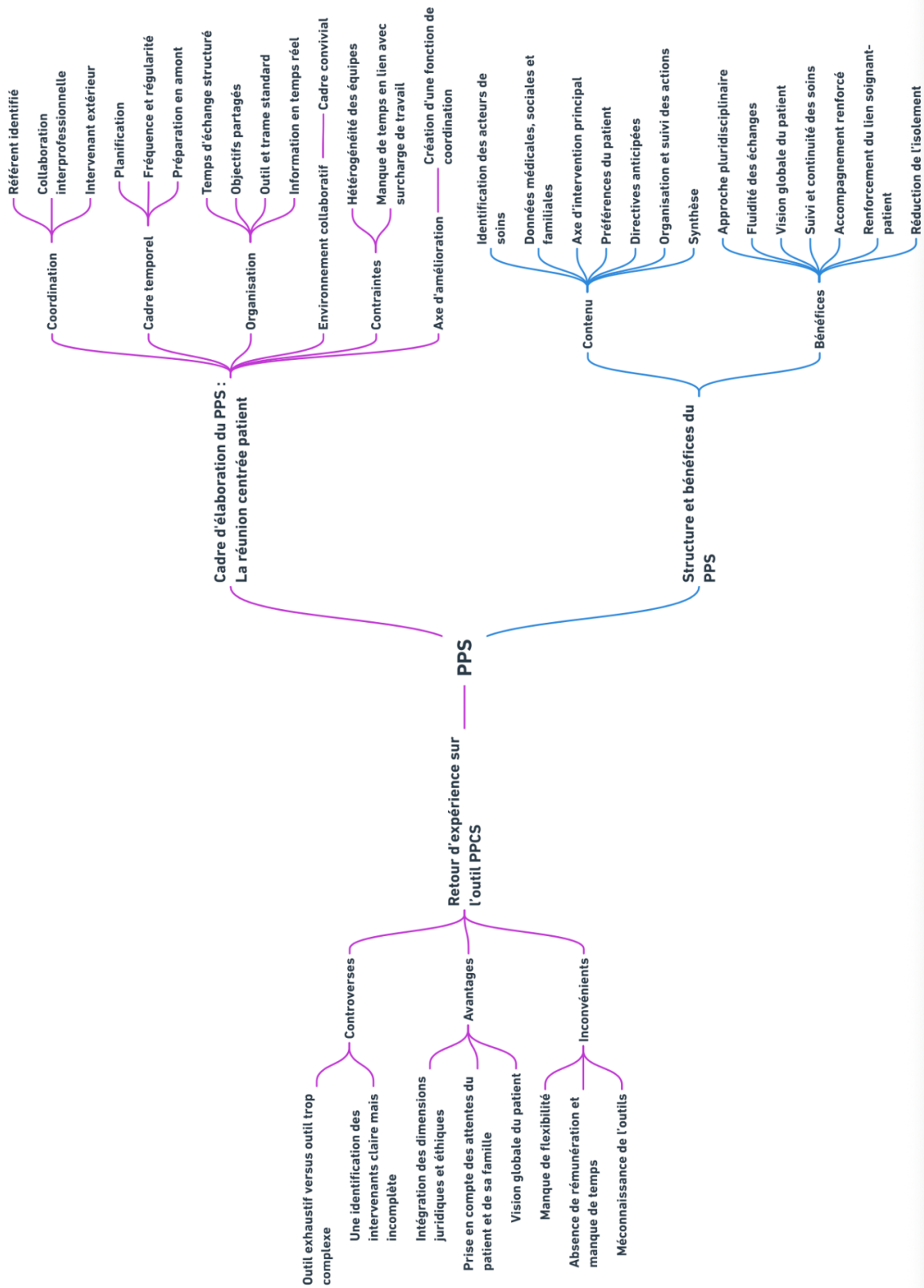


Figure 3 : Modèle explicatif des résultats

Les résultats mettent en évidence un écart significatif entre les attentes idéales des professionnels de santé et les réalités du terrain.

D'un côté, ils expriment un besoin important de collaboration interprofessionnelle, d'une structuration claire des réunions et d'outils adaptés pour assurer un suivi efficace des objectifs de prise en charge.

De l'autre, plusieurs obstacles entravent cette mise en œuvre, notamment la surcharge de travail, le manque de temps et la rigidité perçue des outils existants.

L'analyse des entretiens souligne également le rôle clé du référent patient, perçu comme essentiel pour assurer un meilleur suivi et une meilleure coordination entre les professionnels. Toutefois, l'absence d'un cadre formalisé et d'une traçabilité efficace limite son efficacité en pratique.

La collaboration interprofessionnelle apparaît comme un levier majeur, mais elle se heurte à des difficultés logistiques, liées notamment à la diversité des intervenants et aux contraintes de disponibilité.

La planification des réunions est identifiée comme un facteur clé de succès. Cependant, leur mise en œuvre reste rare, principalement en raison de la surcharge de travail. Bien que des réunions régulières, idéalement trimestrielles, soient jugées nécessaires, elles restent peu fréquentes, faute de temps et de moyens organisationnels. Une meilleure préparation en amont, incluant la sélection des patients concernés, la mobilisation des acteurs clés et une structuration des échanges, pourrait en améliorer l'efficacité.

L'évaluation du PPCS de la HAS illustre un paradoxe. D'un côté, il est conçu comme un outil structurant et exhaustif, garantissant une coordination efficace des soins. De l'autre, il est perçu comme trop complexe et chronophage, ce qui freine son adoption en pratique. Bien que son cadre formalisé offre une organisation claire, il souffre d'un manque d'adaptabilité aux réalités du terrain, limitant ainsi son appropriation par les professionnels.

Malgré ces obstacles, le PPS est unanimement reconnu comme un outil bénéfique pour la prise en charge des patients multimorbides (complexes). Il permet notamment d'identifier et de clarifier les rôles des différents intervenants, de structurer les échanges pour une meilleure coordination et de garantir la continuité des soins. L'intégration des préférences du patient et de son entourage favorise son adhésion aux soins et personnalise son parcours.

Un effet indirect positif a également été relevé : en facilitant les échanges entre soignants, le PPS pourrait contribuer à réduire l'isolement des professionnels de santé.

Bien que le PPS soit perçu comme un outil pertinent, sa mise en œuvre reste freinée par des contraintes organisationnelles et un manque de reconnaissance institutionnelle des réunions pluriprofessionnelles. Trois leviers d'amélioration ressortent : rendre les outils plus flexibles et accessibles, notamment en simplifiant le PPCS et en l'intégrant aux logiciels médicaux ; réduire la charge administrative pour les professionnels de santé ; et créer une fonction de coordination pour faciliter l'organisation des soins.

Enfin, le constat que la majorité des professionnels de santé interrogés ne connaissaient pas l'outil PPCS proposé par la HAS en 2019 met en lumière une problématique majeure : la faible utilisation de cet outil souligne la nécessité de repenser sa diffusion et son adaptation aux réalités du terrain, afin d'assurer son intégration effective dans les pratiques professionnelles.

## **Comparaison avec la littérature existante**

Nos résultats sont d'ailleurs concordants avec ceux d'une étude menée en Savoie auprès de médecins généralistes et publiée en 2021. Celle-ci avait déjà mis en évidence plusieurs obstacles à l'utilisation du PPCS, notamment une méconnaissance importante de l'outil, expliquant en partie son faible déploiement en soins primaires. Les médecins interrogés reconnaissaient pourtant la nécessité d'un dispositif de coordination, face à la fréquence des situations complexes et aux difficultés qu'elles génèrent dans leur pratique. Cependant, des divergences étaient observées entre utilisateurs et non-utilisateurs du PPCS. Les premiers évoquaient des contraintes telles que le temps requis, la complexité organisationnelle et la charge administrative, sans pour autant remettre en cause son utilité. À l'inverse, les

non-utilisateurs, notamment ceux ne connaissant pas le PPCS, le percevaient comme un outil trop lourd, difficile à intégrer dans leur exercice et mal adapté à la rémunération en libéral (28).

Cette étude en Savoie constitue un point de départ essentiel pour comprendre les enjeux liés à l'appropriation du PPCS. Nos résultats viennent les compléter en explorant la perception de professionnels exerçant en structures de soins coordonnés, où la dynamique de coordination est plus ancrée.

D'autre part, en accord avec les réflexions de Clerc et al. (2020) sur la multimorbidité et l'évolution des pratiques de soin, cette étude met en avant l'importance d'une approche centrée sur le patient (2). L'intégration de ses préférences et de son entourage constitue un levier clé pour renforcer son adhésion aux soins et améliorer la personnalisation de son parcours. Sur ce point, les professionnels interrogés semblaient tous partager une vision commune : la nécessité de replacer le patient au cœur de la coordination, en tenant compte de ses priorités et de son environnement. Cette convergence de points de vue souligne une attente forte du terrain en faveur d'outils adaptables et centrés sur le vécu du patient.

### **Forces de l'étude**

L'une des forces de cette étude réside dans la pertinence de son sujet, le PPS, qui répond à un enjeu majeur et d'actualité : adapter les parcours de prise en charge aux besoins spécifiques des patients multimorbides. En structurant et en personnalisant le suivi, le PPS contribue à une meilleure organisation des soins, ce qui favorise indirectement la coordination interprofessionnelle, essentielle en soins primaires.

Une autre force de cette étude résidait dans la diversité de l'échantillon. L'inclusion de médecins généralistes, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de psychologues, de pharmaciens et d'autres professionnels de santé offrait une perspective pluridisciplinaire, enrichissant ainsi l'analyse.

D'autre part, l'étude s'appuyait sur les expériences concrètes de professionnels de santé déjà engagés dans des structures de soins coordonnés, ce qui assurait une pertinence clinique et organisationnelle.

Par ailleurs, la méthodologie utilisée constituait un autre point fort. L'approche par focus groupes favorisait des échanges riches et nuancés, permettant de capturer des dynamiques collectives difficiles à analyser par des méthodes quantitatives.

Enfin, la triangulation des analystes renforçait la fiabilité des résultats en limitant les biais d'interprétation grâce à la collaboration entre les auteurs et les directeurs de thèse. La présence de deux chercheuses dans l'analyse des données permettait un croisement des regards, apportant ainsi une diversité d'interprétations et une plus grande rigueur méthodologique.

### **Limites de l'étude**

L'une des principales limites de cette étude concernait la représentativité de l'échantillon. Bien que les participants aient été issus de structures variées, l'étude restait circonscrite à l'Île-de-France et n'intégrait pas certains acteurs clés, comme les assistantes sociales et les médecins généralistes en libéral. De plus, la taille restreinte de l'échantillon pouvait limiter la généralisation des résultats. Une extension de l'étude à d'autres régions, ainsi qu'à une plus grande diversité de profils professionnels, notamment les acteurs sociaux et les médecins généralistes exerçant en libéral, permettrait d'obtenir une vision plus représentative des dynamiques à l'échelle nationale.

Un autre biais potentiel était lié à la méthode de recrutement des participants. Le fait que celui-ci ait été réalisé via l'entourage professionnel des directeurs de thèse pouvait introduire un biais de sélection, en favorisant la participation de soignants déjà sensibilisés aux enjeux de la coordination des soins. Un échantillonnage plus aléatoire, ou un appel à participation plus large, aurait pu limiter cette influence et refléter une diversité plus grande en terme de points de vue.

Par ailleurs, la méthodologie employée, basée sur des focus groups, présentait certaines limites inhérentes à ce type d'approche. Les dynamiques de groupe avaient pu influencer les échanges, notamment en laissant plus de place aux participants les plus expressifs, tandis que d'autres pouvaient être moins enclins à s'exprimer librement (27). Compléter cette approche par des entretiens individuels aurait permis de recueillir des avis plus nuancés et d'approfondir certains points soulevés lors des discussions collectives.

La temporalité de l'étude représentait également une limite importante. Le PPCS étant un outil relativement récent, son appropriation par les professionnels était encore en cours d'évolution. Les perceptions recueillies correspondaient donc à un instantané, susceptible d'évoluer avec le temps. Par ailleurs, plusieurs professionnels de santé interrogés ne connaissaient pas les recommandations existantes, ce qui pouvait influencer leur discours et limiter la portée de certaines analyses. Une étude longitudinale, avec un suivi sur plusieurs années, permettrait d'analyser l'évolution de son utilisation et de mieux comprendre son impact à long terme.

## **Implications pratiques**

Les résultats de cette recherche mettent en évidence plusieurs axes d'amélioration pour optimiser la coordination des soins et favoriser une meilleure intégration du PPCS pour les soins primaires.

Tout d'abord, le renforcement de la coordination interprofessionnelle apparaît essentiel. La désignation d'un référent, que ce soit pour un patient ou un groupe de patients, permettrait d'améliorer la communication entre les professionnels de santé. Par ailleurs, une meilleure identification des acteurs impliqués éviterait l'isolement des praticiens et faciliterait la prise en charge globale des patients.

Ensuite, l'organisation des réunions centrées sur le patient constitue un levier important. Il est recommandé de structurer ces réunions en deux temps : une première phase entre professionnels, consacrée à l'analyse de la situation du patient et à la définition des objectifs de soins, suivie d'une synthèse avec le patient afin de valider ses attentes et son adhésion au plan de soins. Pour assurer leur efficacité, ces réunions devraient être planifiées

régulièrement avec un temps de préparation préalable et un accès simplifié aux dossiers médicaux.

Par ailleurs, l'optimisation des outils existants, notamment du PPCS et de ses alternatives, est primordiale. Il conviendrait de simplifier et de rendre modulable le PPCS en permettant aux professionnels de ne remplir que les sections pertinentes. Son intégration aux logiciels médicaux déjà utilisés faciliterait son adoption.

Enfin, la création d'un poste dédié à la coordination des soins représenterait une avancée significative. L'introduction d'une fonction de coordination administrative, à l'image d'un assistant médical spécialisé, permettrait d'alléger la charge des professionnels de santé et d'améliorer la gestion des parcours de soins.

En mettant en place ces différentes mesures, il serait possible d'optimiser la prise en charge des patients, de renforcer la collaboration entre les acteurs de santé et de favoriser une meilleure intégration du PPCS dans les structures de soins coordonnés

## **Perspectives**

Un premier axe d'approfondissement pourrait concerner l'élargissement de l'échantillon. Une étude quantitative complémentaire permettrait de mesurer l'ampleur des attentes identifiées auprès d'un panel plus large de professionnels de santé. Cela donnerait une vision plus représentative et permettrait de mieux cerner les besoins spécifiques en fonction des territoires et des types de structures.

Par ailleurs, cette étude s'étant concentrée sur le point de vue des soignants, il serait pertinent d'intégrer la perception des patients et de leurs familles. Prendre en compte leurs attentes et leur vision des soins permettrait d'identifier d'éventuels écarts avec celle des professionnels, et d'adapter les dispositifs en conséquence.

Un autre enjeu important serait d'évaluer l'impact réel du PPCS en pratique. Mesurer son efficacité sur la qualité des soins, la satisfaction des professionnels et son adoption concrète dans les structures de soins coordonnés permettrait d'objectiver ses bénéfices et ses limites.

Enfin, des expérimentations d'innovations organisationnelles pourraient être envisagées pour optimiser la coordination des soins :

L'intégration d'une fonction de coordination dédiée apparaît comme une piste prometteuse. Un professionnel référent, qu'il s'agisse d'un assistant médical ou d'un coordinateur de parcours, pourrait être chargé d'organiser les réunions, d'assurer le suivi des décisions et de faciliter la communication entre les différents acteurs de santé. Cette fonction permettrait d'alléger la charge administrative des soignants et d'améliorer l'application concrète du PPS.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant d'évaluer l'impact de l'implication d'un intervenant extérieur dans les réunions de coordination. Son regard neutre et objectif pourrait enrichir les échanges et structurer davantage la prise de décision.

Enfin pour favoriser l'appropriation et l'utilisation effective du PPS, une reconnaissance institutionnelle et une valorisation financière de son élaboration pourraient être envisagées. La mise en place d'une rémunération dédiée à la réalisation du PPS permettrait de reconnaître le temps investi par les professionnels de santé et d'encourager son intégration dans les pratiques courantes.

Des études complémentaires seraient nécessaires pour tester ces approches et déterminer leurs effets sur la qualité des soins, l'adhésion des professionnels et l'efficacité de la coordination interprofessionnelle.

## Reflexion

Les freins rencontrés dans l'utilisation du PPCS semblent proches de ceux identifiés lors de la mise en place du PPS (PAERPA), notamment en termes de mobilisation des professionnels, de complexité perçue et de surcharge de travail.

Toutefois, l'intérêt du PPS en tant qu'outil de coordination des soins et de promotion des soins intégrés est largement reconnu par l'ensemble des acteurs.

Ces freins semblent donc davantage liés aux conditions de travail des professionnels de santé (manque de temps, charge administrative, difficultés d'interopérabilité) qu'au contenu même de l'outil.

Dans ce contexte, la mise en place d'un poste ou d'une fonction de coordination pourrait constituer une solution pertinente pour alléger la charge administrative. Par ailleurs, il serait également nécessaire de rendre l'outil plus simple et plus accessible pour en favoriser son utilisation.

## CONCLUSION

---

Cette recherche met en évidence des attentes fortes des professionnels pour une meilleure coordination autour des patients complexes. Toutefois, les contraintes du terrain (charge de travail, manque de temps, complexité de l'outil) freinent l'application des pratiques idéales.

Les résultats suggèrent plusieurs leviers d'amélioration :

Un renforcement de la coordination interprofessionnelle, avec des réunions mieux organisées et plus régulières.

Un PPCS plus flexible et adapté aux besoins des équipes de soins primaires.

Un soutien administratif accru, via la création d'un poste dédié à la coordination des soins.

En s'appuyant sur ces axes, il est possible de favoriser une prise en charge plus fluide, efficace et centrée sur le patient, tout en réduisant la charge administrative pesant sur les professionnels.

Au-delà de ces recommandations, cette étude met en lumière les défis structurels liés à l'organisation des soins de proximité et souligne la nécessité d'une réflexion approfondie sur l'évolution des outils existants. Elle ouvre ainsi des pistes pour de futurs travaux visant à mieux comprendre les conditions nécessaires à l'appropriation du PPCS par les professionnels et son impact potentiel sur la qualité des soins.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. Clerc P, Le Breton J, Griot E, Comten C, Chaudon C. La multimorbidité, une nouvelle conception du soin. SFMG. 2020.
3. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European General Practice Research Network presents the translations of its comprehensive definition of multimorbidity in family medicine in ten European languages. PLoS One. 2015; 10(1):e0115796.
4. Excoffier S, Paschoud A, Haller DM, Herzig L. Multimorbidité en médecine de famille. Rev Med Suisse. 2016; 12:917-21.
5. Larousse. Comorbidité [Internet]. [consulté le 24 oct 2024]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/comorbidité/186898>
6. Haute Autorité de Santé (HAS). Note méthodologique et de synthèse documentaire : coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note\\_appui\\_coordo\\_25\\_09\\_14.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf)
7. Agence Régionale de Santé. Glossaire. La définition du Plan Personnalisé de Santé.
8. Grimaldi A, Caillé Y, Pierru F, Tabuteau D. Les maladies chroniques : vers la troisième médecine. Paris : Éditions Odile Jacob; 2017.
9. Académie Nationale de Médecine. Multimorbidité : prise en charge par le médecin généraliste. Paris : Académie Nationale de Médecine; 2018.

10. Moreau Alain. L'approche centrée patient : histoire d'un concept (revue narrative de littérature). *Exercer*, 2021, 176, pp.368-374. fihal-04134066f
11. Coulter, A., Entwistle, V. A., Eccles, A., et al. (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
12. Buffel du Vaure C, Ghasarossian C, Jaury P Apport de trois nouveaux concepts dans la prise en charge des patients atteints de maladie chronique en médecine générale. *Exercer* 2015 ; 121 : 235-7
13. ARS. Évaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer. Juin 2015. Disponible sur : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/8935/download>
14. Coste J, Valderas JM, Carcaillon-Bentata L. Estimating and characterizing the burden of multimorbidity in the community: a comprehensive multistep analysis of two large nationwide representative surveys in France. *PLoS Med.* 2021; 18(4):e1003584.
15. Fuhrman C. Surveillance épidémiologique de la multimorbidité : revue bibliographique. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire (InVS), Département des maladies chroniques et des traumatismes (DMCT) ; 2014.
16. Belche JL, Berrewaerts MA, Ketterer F, Henrard G, Vanmeerbeek M, Giet D. De la maladie chronique à la multimorbidité : quel impact sur l'organisation des soins de santé ? *Presse Med.* [Internet]. 2015 nov 1; 44(11):1146-54.
17. Chassang M, Gautier A. Les maladies chroniques. Avis du Conseil économique, social et environnemental. *Journal officiel de la République française. Mandature 2015-2020 – Séance du 11 juin 2019.* Disponible sur : [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019\\_14\\_maladies\\_chroniques.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2019/2019_14_maladies_chroniques.pdf)
18. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/fiche-de-la-haute-autorite-desante-prendre-e>

[n-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soinsprimaires/telecharger/601415](https://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/1427/fichier_01_ameliorer_la_prise_en_charge_des_patients_multimorbides_axe_principal_dintervention6876.pdf)

19. Chaudon CH, Clerc P, Comte Ch, Griot E, Le Breton J. Améliorer la prise en charge des patients multimorbides : l'axe principal d'intervention [Internet]. Disponible sur : [https://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur\\_fiche/1427/fichier\\_01\\_ameliorer\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_des\\_patients\\_multimorbides\\_axe\\_principal\\_dintervention6876.pdf](https://www.sfmfg.org/data/generateur/generateur_fiche/1427/fichier_01_ameliorer_la_prise_en_charge_des_patients_multimorbides_axe_principal_dintervention6876.pdf)
20. Haute Autorité de Santé (HAS). Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles [Internet]. 2015 juin 25.
21. Haute Autorité de Santé. Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA). HAS; 2014.
22. Haute Autorité de Santé. Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois [Internet]. HAS; 2015 nov. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan\\_a\\_6\\_mois\\_plan\\_personnalise\\_sante\\_vf\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/bilan_a_6_mois_plan_personnalise_sante_vf_web.pdf)
23. Zeynep O, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) : premiers résultats. IRDES; 2018 août.
24. Ghiorghita C. Expérimentation projet PAERPA (Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie) dans la région Bourgogne : quels sont les freins à l'utilisation de l'outil Plan Personnalisé de Santé ? [thèse d'exercice]. 2016.
25. Guignot C. Plan Personnalisé de Soins : l'outil de coordination des Paerpa est-il vraiment efficace ? Univadis. 2019.
26. Haute Autorité de Santé. Plan personnalisé de coordination en santé (PPCS). Recommandations. HAS; 2019.
27. Haute Autorité de Santé. Modèle de plan personnalisé de coordination en santé. Recommandations. HAS; 2019.

28. Marty-Mauris A. Le plan personnalisé de coordination en santé, un outil d'aide à la coordination des situations complexes en soins primaires : connaissance, adaptation au besoin et à la pratique des médecins généralistes de Savoie : enquête de pratiques professionnelles [thèse d'exercice]. 2021.
  
29. Haute Autorité de Santé (HAS). Réunion de concertation pluridisciplinaire. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2017. Disponible sur :  
[\[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion\\_de\\_concertation\\_pluridisciplinaire.pdf\]](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf)
  
30. Ramond-Roquin A, Allory E, Fiquet L. La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : pratiques hétérogènes et stratégies locales. Rev Fr Aff Soc. 2020;1:125-141. Disponible sur :  
[\[https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-125?lang=fr&tab=resume\]](https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2020-1-page-125?lang=fr&tab=resume)
  
31. Prosper S. Favoriser l'égalité d'accès aux soins de qualité par la généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Cahiers Droit, Sciences & Technologies 2015 ; 5 : 139–148. [[Mode d'emploi des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire \(RCP\) - Objectifs et principe de fonctionnement | médecine/sciences](#)]
  
32. Jourde E, Pardo K, Mouzawak C. Le plan personnalisé de santé. Paris : Réseau NeuroSEP Auvergne ; Réseau SEP IDF Ouest ; 2017. Disponible sur :  
[\[https://sfsep.org/wp-content/uploads/2018/03/PPS.pdf\]](https://sfsep.org/wp-content/uploads/2018/03/PPS.pdf)
  
33. Guan W, Sampieri-Teissier N, Baly O, Cazin L, Despatin J, Kletz F, et al. En quoi le plan personnalisé de santé peut-il contribuer à une amélioration de la coordination et de l'intégration des services de santé ? 2017.
  
34. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. Paris : Global Média Santé, CNGE; 2021.
  
35. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008; 84:142-5.

36. Touboul P. Recherche qualitative : la méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. Nice : Département de Santé Publique, CHU de Nice.
37. Trimbur M, Plancke L, Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé : guide méthodologique [Internet]. Disponible sur : <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
38. Gundumogula M. Importance of Focus Groups in Qualitative Research. Int J Humanit Soc Sci. 2020;8(11):299-302. doi:10.24940/theijhss/2020/v8/i11/HS2011-082.
39. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev. 2015; 15(157):50-4.

*Ce travail a bénéficié de l'assistance d'outils d'intelligence artificielle, notamment ChatGPT développé par OpenAI, pour la reformulation et la correction orthographique. Les résultats produits par ces outils ont été soigneusement vérifiés et validés par les auteurs afin de garantir leur exactitude et leur conformité aux standards scientifiques. L'utilisation de ces technologies s'inscrit dans une démarche d'optimisation des processus de recherche et de rédaction.*

## TABLE DES FIGURES

---

Figure 1 : Répartition des participants par profession .....	28
Figure 2 : Répartition des participants par tranche d'âge .....	28
Figure 3 : Modèle explicatif des résultats.....	55

*Sauf mention contraire, les tableaux sont des créations personnelles de l'auteur*

## TABLE DES TABLEAUX

---

Tableau 1 : Caractéristiques des participants .....	27
Tableau 2 : Grille COREQ.....	82

*Sauf mention contraire, les tableaux sont des créations personnelles de l'auteure*

## ANNEXES

---

### Annexe 1 - Note d'information relative à la participation à une étude

Université Paris Cité

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par Marie-Snerline DEMOSTHENES et Manon DELAHOUSSE dans le cadre de leur thèse au sein de l'Université Paris Cité.

Le présent document décrit l'étude à laquelle il vous est proposé de participer et répond aux questions que vous êtes susceptible de vous poser à partir des informations actuellement disponibles. Avant de choisir d'y participer ou non, il est important que vous preniez connaissance du but de cette étude et de ce qu'elle implique.

#### **1) Pourquoi vous propose-t-on de participer à cette étude ?**

*Cette étude vous est proposée car vous êtes membre d'une équipe pluriprofessionnelle exerçant au sein d'une structure de soins coordonnée.*

#### **2) Quels sont les objectifs et les bénéfices attendus de l'étude ?**

*Au sein des structures de soins coordonnées, doivent se tenir régulièrement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin d'élaborer un projet de soins pour les patients multimorbides via un plan personnalisé de santé (PPS). L'objectif étant d'améliorer leur prise en charge et de limiter le risque d'hospitalisation pour ces patients à risque.*

*Ces RCP doivent normalement se baser sur le PPCS établie par la HAS.*

*Celui-ci ne nous semble cependant pas optimal pour la pratique quotidienne.*

*C'est pourquoi nous vous sollicitons afin de recueillir vos suggestions et tenter d'élaborer ensemble un nouveau PPCS avec un format plus adapté à votre pratique et vos attentes.*

*L'objectif final étant l'amélioration de la prise en charge globale des patients multimorbides dans les structures de soins coordonnées en intégrant l'aide à la décision médicale partagée.*

#### **3) Votre participation à l'étude comporte-t-elle des risques et/ou des contraintes particulières?**

*Pas de risque identifié.*

#### **4) Comment va se dérouler l'étude ?**

*Dans un premier temps, nous souhaitons vous interroger au sein de "focus groupes". Ces réunions au cours desquelles nous vous questionnerons sur le déroulé des RCP ainsi que sur le PPCS existant actuellement ne devront idéalement pas dépasser 2 heures.*

#### **5) Quels sont vos droits en tant que participant à la recherche ?**

*Vous êtes totalement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude sans avoir à vous justifier, et sans que cela n'entraîne de conséquences pour vous.*

*Vous disposez du temps que vous estimez nécessaire pour prendre votre décision.*

*En cas d'acceptation, vous pourrez à tout moment revenir sur votre décision, sans nous en préciser la raison, par simple courriel adressé à \*\*\* ou par courrier postal à l'une des adresses suivantes : \*\*\**

#### **6) Cette étude implique-t-elle un traitement de vos données à caractère personnel ?**

*Votre participation implique la réalisation d'un traitement de données à caractère personnel à partir des informations qui vous concernent et qui seront produites dans le cadre de cette étude.*

*Ce traitement poursuit une finalité de recherche scientifique et a pour base légale l'exécution d'une mission d'intérêt public (art. 6.1.e du Règlement général sur la protection de données).*

*Le responsable de traitement est L'Université Paris Cité.*

#### **7) Quels sont vos droits à l'égard de vos données à caractère personnel ?**

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données.*

*Ces droits ne pourront pas s'exercer s'ils sont susceptibles de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.*

*Pour exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche, vous pouvez vous adresser directement aux principaux investigateurs de l'étude : \*\*\**

*Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais, et au plus tard un mois à compter de la réception de votre demande.*

*En cas de difficulté, vous pouvez également contacter la Déléguée à la protection des données d'Université Paris Cité à [dpo@u-paris.fr](mailto:dpo@u-paris.fr).*

*Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).*

## **8) Comment sont gérées vos données personnelles ?**

*Dans le cadre de cette étude, les informations suivantes sont collectées et analysées :*

- *Nom, prénom, civilité*
- *Age*
- *Enregistrement audio des entretiens pour faciliter la retranscription*

*Ces données sont traitées par :*

- *Les responsable de l'étude et les directeurs de recherche*
- *Les membres de l'équipe de recherche*

*Transfert de données hors Union européenne : Non*

*Pour garantir la sécurité et la confidentialité de vos données, les mesures techniques et organisationnelles suivantes sont mises en place :*

- *La collecte et l'accès aux données personnelles sont limités à l'utilisation exclusive de l'équipe de recherche dans le cadre des finalités précisées ci-dessus ;*
- *Les données personnelles des participants seront anonymisées : Seules des données ne permettant pas de vous identifier seront publiées sous la forme d'un manuscrit de thèse et/ou d'un article dans une revue scientifique, afin d'améliorer les connaissances de la recherche. Les résultats de la recherche pourraient également être diffusés dans des colloques professionnels et scientifiques.*

*Les données directement identifiantes seront conservées par Manon Delahousse et Marie-Snerline Demosthenes*

- *Autre durée de conservation : 2 ans maximum*

*Et seront définitivement supprimées par la suite*

*Cette note d'information vous appartient et vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant et/ou à vos proches pour avis.*

*Nous vous remercions, Madame, Monsieur, de votre participation.*

*Contacts : Investigateurs principaux . Coordinateurs de la recherche.*

## Annexe 2 - Formulaire de consentement de participation à la recherche

Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle.

Université Paris Cité

Je soussigné(e)

<NOM, PRÉNOM DU PARTICIPANT>

après avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie du document « Note d'information relative à la participation à une étude » décrivant les modalités de déroulement de la recherche, notamment la liste des catégories de données personnelles traitées dans le cadre de l'étude et la description des conditions de mise en œuvre de celle-ci.

consens à participer à la recherche menée par Marie-Snerline Demosthenes et Manon Delahousse pour la réalisation d'une étude portant sur "la co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle" et entrant dans le cadre de sa formation en DES de médecine générale à l'Université Paris Cité.

J'ai été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Fait à :

Le :

Signature :

### Annexe 3 - Formulaire de consentement à l'enregistrement audio d'un entretien

Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle.

Université Paris Cité

Je soussigné(e)

<NOM, PRÉNOM DU PARTICIPANT>

autorise l'enregistrement audio de l'entretien réalisé ce jour par Marie-Snerline Demosthenes et Manon Delahousse pour la réalisation d'une étude portant sur la *"Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle"* et entrant dans le cadre de leur formation en DES de Médecine Générale à l'Université Paris Cité.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public permettant mon identification.

Fait à :

Le :

Signature :

## Annexe 4 - Guide d'entretien

Les quatre premières questions s'inscrivent dans le cadre de ma thèse et visent à approfondir la compréhension des pratiques autour des réunions centrées patient et de l'élaboration du PPS :

1 - Quel serait pour vous le déroulé idéal d'une réunion centrée patient ?

2 - Quel est selon vous l'intérêt d'élaborer un PPS pour vos patients ?

3 - Que pensez-vous de l'outil PPCS proposé par la HAS en 2019 ?

Avantages et inconvénients ?

4 - Quels sont les points essentiels devant apparaître dans un PPS selon vous ?

### Poursuite du questionnaire concernant les recherches de Marie Desmothenes :

5 - Avez vous des suggestions pour tenter d'améliorer le PPCS existant ?

6 - Quel support pour le PPS utilisez-vous au cours de vos RCP ?

Quels sont les avantages et les inconvénients de votre support actuel ?

7 - Le modèle PPCS actuel vous semble t'il adapté à votre pratique ?

8 - Quel serait pour vous le support idéal pour le PPCS ?

## Annexe 5 - Questionnaire quantitatif

1) Quelle est votre tranche d'âge ?

- 25-35 ans
- 35-45 ans
- 45-60 ans
- >60 ans

2) Quel est votre genre ?

- Femme
- Homme
- Autres : .....

3) Quelle est votre profession ?

- Omnipraticien
- Médecin non généraliste : .....
- IDE
- Kinésithérapeute
- Autres : .....

4) Dans quel type de structure exercez-vous ?

- MSP (maison de santé pluridisciplinaire)
- CDS (centre de santé)
- Autres :

5) Quel type d'activité exercez-vous ?

- urbaine
- semi-rurale
- rurale

Merci de préciser votre région d'exercice (numéro de région) : .....

6) Quelle est votre expérience en tant que participant(e) à des RCP ?

7) Quelle a été votre motivation pour participer à ce focus group ?

8) Concernant le déroulement de ce focus groups , avez vous été :

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

9) Quelles sont vos propositions d'améliorations ?

## Annexe 6 - Extraits du modèle PPCS (HAS) 2019

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ

### La personne et les intervenants

#### ► La personne

<b>Identité</b>		<b>Référent de la mise en œuvre :</b>		<b>Numéro du PPCS :</b>
<b>Nom marital :</b>	<b>Nom de jeune fille :</b>	<b>Nom d'usage :</b>	Profession / Structure : .....	
			Si médical :	
			n° RPPS, ou à défaut n° ADELI	
			Nom :	
			Prénom : .....	
			Tél / E-mail : ....	
<b>Prénom :</b>	<b>Date de naissance :</b>	<b>Âge :</b>	<b>Sexe :</b>	<b>Contexte de la démarche PPCS :</b> (événement qui a conduit à l'élaboration du PPCS, de qui vient la demande / le repérage initial, quels éléments spécifiques sont à prendre en compte ? etc.)
	<b>Lieu de naissance :</b>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<b>Informations sur la personne</b> (informations obtenues lors du signalement et des divers recueils d'informations)				
<b>Non-opposition à l'échange ou au traitement d'informations</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Orale</b> <input type="checkbox"/> <b>Écrite</b> <input type="checkbox"/> Si non, raison de l'opposition à l'échange : .....				
Date : ..... Non-opposition de la personne <input type="checkbox"/> ou de son entourage <input type="checkbox"/> Personne à l'origine du recueil : .....				
<b>Information des traitements réalisés sur ses données à caractère personnel :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<b>Adresse de la personne</b> (avec compléments : étage, code éventuel, nom sur boîte aux lettres, etc.)				
<b>Téléphone</b>			<b>Adresse de messagerie</b>	
<b>Situation de la personne</b> (célibataire/marié(e)/pacsé(e)/divorcé(e)/veuf(ve)-mineur/mineur placé/mineur étranger non accompagné/jeune majeur/mineur émancipé)				
<b>Nombre d'enfants :</b> .....		<b>Coordonnées des enfants si besoin :</b>		
<input type="checkbox"/> À proximité <input type="checkbox"/> À distance				
<b>Si personne mineure</b>			Résidence alternée : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Parents divorcés : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			2 <sup>e</sup> adresse :	
Autorité parentale : .....				
<b>Aidant principal</b> (identité et coordonnées)			Nature du lien avec l'aidant : .....	

HAS ■ Les Parcours de Soins / Juillet 2019

8

MODÈLE DE PLAN PERSONNALISÉ DE COORDINATION EN SANTÉ

#### ► Les intervenants

<b>Acteurs du parcours (professionnels / aidants)<sup>2</sup></b>	<b>Nom/Prénom du professionnel ou nom de l'organisme</b>	<b>Téléphone E-mail</b>	<b>Participation à l'élaboration du PPCS Oui/Non</b>	<b>Avant élaboration du PPCS : nature de l'intervention jours/horaires/fréquence de passage</b>
Médecin traitant				
Infirmier(s) (Idel, Idéc de SSIAD)				
Pharmacien				
Kinésithérapeute				
Ergothérapeute				
Autre médecin spécialiste				
Travailleur social				
Chef de service social				
Coordonnateur de la CPTS				
Dispositif d'appui à la coordination				
Aidant				
Association d'usagers du système de santé				
ESSMS				
Aides à domicile (SAD, auxiliaires de vie)				
Éducateur spécialisé, .....				
Établissement de soins de référence				
Médecin du travail /service santé travail, .....				
A compléter selon besoin, .....				

<sup>2</sup> Le référent du PPCS est l'un des intervenants participant à l'élaboration du PPCS.

HAS ■ Les Parcours de Soins / Juillet 2019

10

### Recueil d'informations auprès de la personne et de son entourage

La personne	
► Attentes exprimées par la personne <sup>3</sup>	
► Priorité actuelle de la personne	

L'entourage	
► Attentes exprimées par l'entourage <sup>4</sup>	

<sup>3</sup> Dans les différents domaines (santé physique et mentale, vie familiale et sociale, maintien en emploi, scolarisation, logement, transport, autre domaine)  
<sup>4</sup> Préciser s'il s'agit de l'aidant familial, du référent familial, etc.

### Problématiques et projets de la personne

#### ► Propos et souhaits de la personne<sup>5</sup>

Besoins exprimés	Problèmes ressentis	Projets personnels envisagés
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

#### ► Problématiques et projets relevés par les professionnels

Besoins non couverts	Problèmes non résolus	Projets personnels nécessitant un accompagnement
= Problématiques		
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.

<sup>5</sup> Dans les différents domaines : santé physique et mentale (dont antécédents, diagnostic de maladie, histoire de la maladie, nature du handicap), parcours éducatif, scolaire, professionnel et/ou formation professionnelle, environnement (accessibilité, voisinage, animal de compagnie), ressources financières, activités culturelles et de loisirs, interactions sociales, forces perçues par la personne, difficultés ressenties par la personne, autre domaine, etc.).

<b>PPCS adapté exemple 1</b>			
<b>Objectifs partagés</b>	<b>Libellé des actions</b>	<b>Intervenants</b>	<b>Réévaluation Date : / / Commentaires</b>
<b>Soins</b>			
<b>Aides (humaines, techniques, financières)</b>			
<b>Accompagnement (du projet personnalisé)</b>			

## Annexe 7 - Grille Coreq

N°	Item	Guide questions	
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>			
1	Enquête/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Manon DELAHOUSSE et Marie DEMOSTHENES
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? (ex. : PhD, MD)	DES de Médecine Générale
3	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin Généraliste Remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	DES de Médecine Générale
<b>Relations avec les participants</b>			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	NON
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? (ex. : objectifs personnels, motifs de la recherche)	Expérience en soins primaires
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? (ex. : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche)	Non concerné
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>			
<b>Cadre théorique</b>			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? (ex. : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu)	Analyse thématique
<b>Sélection des participants</b>			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? (ex. : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige)	Échantillonnage par convenance et effet boule de neige
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? (ex. : face-à-face, téléphone, courrier, courriel)	Courriel
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	25
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Quelles en étaient les raisons ?	1 personne a eu un empêchement et un centre de soins n'a pas eu le temps d'organiser la réunion
<b>Contexte</b>			

14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? (ex. : domicile, clinique, lieu de travail)	CPTS/CMS
15	Présence de nonparticipants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Dr Collignon Portes a participé à un FG en tant qu'observatrice
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? (ex. : données démographiques, date)	Cf tableau 1
<b>Recueil des données</b>			
17	Guide d'entretien	Les questions, amorces et guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	3 entretiens de groupe
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	1h30 min environ
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	OUI cf méthodologie
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	OUI
<b>Domaine 3 : Analyses et résultats</b>			
<b>Analyses des données</b>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	OUI
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les deux
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Pas de logiciel
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	NON
<b>Rédaction</b>			
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	OUI
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	OUI
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	OUI
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	OUI

## Annexe 8 - Comité d'éthique

Bonjour,

Voici le retour du CER CNGE :

Le comité d'éthique n'a pas statué sur le projet « *Co-construction d'un outil permettant la réalisation d'un plan de santé personnalisé applicable en réunion pluri professionnelle.* ».

Ce projet n'implique pas de patients.

De façon générale, interroger des professionnels sur leurs pratiques ou la représentation qu'ils ont de leurs pratiques ne pose en général pas de problème éthique. De façon générale, le fait d'interroger des professionnels sur leurs représentations ou leurs pratiques de soin ne relève pas nécessairement de l'avis d'un comité d'éthique

Vous pouvez donc mener votre étude, si il y a un désir de publication il faudra donner la justification ci-dessus.

Bon courage pour la thèse!

**Dr Laëtitia GOSSELIN**  
**Chef de Clinique Universitaire**

Département de Médecine Générale - Université Paris Cité  
<https://dmg-u-paris.fr/>



## Annexe 9 - Retranscription des entretiens

Extrait VERBATIM N°3

### **Quel serait pour vous le déroulé idéal d'une réunion centrée patient ?**

**P20** : C'est quoi une réunion centrée patient ? C'est avec le patient ? Sans le patient ? C'est quoi ?

**P17** : C'est d'avoir du temps, déjà, je pense, dans l'idéal. Une réunion, déjà, qui soit assez régulière et avec un temps... Je sais pas, idéal, ce serait une heure et demie, deux heures.

**P15** : Par patient ?

**P17** : Ah ! Non ! J'imagine une réunion centrée patient dans laquelle on peut aborder différents cas éventuellement. Enfin, on pourrait passer deux heures sur un patient peut-être, mais (...) ça me paraît beaucoup. (Rires) Et après, pour moi, l'autre truc, ce serait qu'il y ait le plus de représentants possible de différents corps de métier.

**P15** : Des personnes qui gravitent autour du patient ?

**P17** : Pas forcément des gens directement concernés par le patient. Je veux juste dire différents professionnels.

**P16** : Pour avoir un regard différent !

**P20** : Interne à la structure ou euh ?

**P17** : Pas que !

**P20** : Quand tu parlais de temps, c'est du temps aussi en amont pour la préparation (pour sélectionner les patients, faire intervenir les différents acteurs qui prennent en charge ce patient-là). Parce que le temps sur l'instant T de travail, c'est bon, mais il faut aussi du temps en amont pour préparer. Je pense que c'est ça qui manque : le temps.

**P21** : C'est-à-dire qu'avoir du temps en amont, ça peut permettre effectivement de ne pas arriver avec des imprécisions sur ce qu'on présente.

**P17** : Oui, d'avoir une vision globale du patient, parce qu'on n'a pas la partie administrative... Enfin, il nous manque des choses qui seraient importantes pour la prise en charge.

**P16** : Après, le déroulé en soi, je pense que ça reprend l'histoire du patient depuis le début jusqu'au moment actuel.

**P23** : Je pense que peut-être c'est mieux, par exemple, qu'il y ait un médecin ou un IPA qui connaisse mieux le patient et qui va le présenter. Un référent.

L'intégralité des verbatims est disponible sur le lien suivant : [corpus des verbatims](#)

## **Représentations des acteurs de santé sur les éléments attendus dans un plan personnalisé de santé : Une étude qualitative auprès de professionnels de santé exerçant dans des structures de soins coordonnés en Île-de-France.**

La multimorbidité est un enjeu majeur de santé publique et progresse avec le vieillissement de la population. Cette complexité des soins impose de repenser les pratiques pour une prise en charge mieux coordonnée. Pour y répondre, la HAS a introduit en 2019 le PPCS, mais son intégration en pratique reste limitée. L'objectif principal de cette étude était d'explorer, en situation réelle, la pertinence des éléments constitutifs du plan personnalisé de santé pour les patients complexes.

L'enquête repose sur une étude qualitative par focus groupes auprès de 25 professionnels de santé exerçant en structures de soins coordonnés en Île-de-France. L'échantillonnage était intentionnel, avec un effet boule de neige. Les échanges semi-structurés, enregistrés et retranscrits, ont été analysés par triangulation des données.

L'analyse des focus groupes a montré que, dans l'ensemble, les professionnels de santé considéraient les éléments constitutifs du PPCS comme pertinents pour structurer la prise en charge des patients complexes. Ils ont souligné son intérêt pour améliorer la continuité des soins, renforcer la collaboration interdisciplinaire et favoriser une approche centrée sur le patient. Toutefois, le plan était souvent perçu comme trop exhaustif et complexe, nécessitant des ajustements pour une meilleure intégration dans la pratique quotidienne.

Cette étude a mis en évidence les défis structurels de la mise en œuvre du PPCS et la nécessité d'un outil plus flexible, mieux adapté aux soins primaires. Trois leviers d'amélioration ont émergé : un PPCS plus souple et en phase avec les besoins du terrain, un renforcement de la coordination interprofessionnelle grâce à des réunions plus régulières et mieux organisées, ainsi qu'un soutien administratif accru via la création d'un poste dédié à la coordination des soins. Malgré ces obstacles, le PPCS est resté un outil prometteur pour optimiser la prise en charge des patients complexes, à condition d'être mieux intégré aux pratiques professionnelles.

**Spécialité :** [DES de médecine générale](#), [Thèse](#), [Dissertation universitaire](#)

**Mots clés :** [Patient Care Team \[MeSH\]](#), [Patient-Centered Care \[MeSH\]](#), [Patient Care planning \[MeSH\]](#), [Primary Health Care \[MeSH\]](#), [Multimorbidity](#)

**Université Paris Cité  
UFR de médecine  
15 Rue de l'École de Médecine  
75006 Paris**